

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914 — N° 47

Travail de la Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques de Lyon

Psoriasis palmaire et plantaire

ET

Kératodermies symétriques des extrémités

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH ATTANÉ

Né le 6 Décembre 1888 à Toulouse (Haute-Garonne)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

TOULOUSE

CH. DIRION, LIBRAIRE-ÉDITEUR

22, rue de Metz et rue des Marchands, 33

DÉCEMBRE 1913



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914 — N° 47

Travail de la Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques de Lyon

Psoriasis palmaire et plantaire

ET

Kératodermies symétriques des extrémités

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH ATTANÉ

Né le 6 Décembre 1888 à Toulouse (Haute-Garonne)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



TOULOUSE

CH. DIRION, LIBRAIRE-ÉDITEUR

22, rue de Metz et rue des Marchands, 33

DÉCEMBRE 1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. COURMONT..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
	X...
	X...
Cliniques chirurgicales.....	FABRE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	ROLLET
Clinique ophtalmologique.....	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies mentales.....	WEILL
Clinique des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes.....	CLUZET
Physique médicale.....	HUGOUNENQ
Chimie médicale et pharmaceutique.....	MOREL
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREAU
Matière médicale et Botanique.....	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	TESTUT
Anatomie.....	RENAUT
Anatomie générale et Histologie.....	MORAT
Physiologie.....	COLLET
Pathologie interne.....	LESIEUR
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	PAVIOT
Anatomie pathologique.....	POLLOSSON (M.)
Médecine opératoire.....	COURMONT (P.)
Médecine expérimentale et comparée.....	ETIENNE MARTIN
Médecine légale.....	COURMONT (J.)
Hygiène.....	PIC
Thérapeutique.....	FLORENCE
Pharmacologie.....	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS
Pathologie externe.....	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrég
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARJET,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, Président ; P. COURMONT, Assesseur ;
MM. CADE et FROMENT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A MON FRERE

A mon Président de thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE DERMATOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE LYON

Il nous a confié le sujet de cette thèse.
Il nous fait aujourd'hui le très grand
honneur d'en accepter la présidence,
qu'il veuille bien recevoir ici l'ex-
pression de notre respectueuse gra-
titude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOUTOT

EX-CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Que nous tenons à remercier de sa
bienveillance et des conseils qu'il
nous a donnés dans l'élaboration de
notre thèse.

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

Le psoriasis palmaire dont nous apportons au début de ce travail la curieuse histoire clinique est une affection dont les formes typiques sont actuellement bien établies et bien décrites par tous les traités classiques. Mais nous avons pu facilement nous assurer que cette localisation, bien que rare, était susceptible de prendre dans un certain nombre de cas des aspects atypiques, particulièrement intéressants par les erreurs de diagnostic qu'ils permettent et sur lesquels d'ailleurs les auteurs ont peu insisté. Parmi ces formes, une surtout nous a intéressé : c'est la forme hyperkératosique du psoriasis palmaire et plantaire. Le point de départ de cette étude a été une observation de M. le professeur Nicolas ; elle nous a paru projeter une vive lueur sur les rapports qui unissent le psoriasis palmaire et plantaire et certaines kératodermies symétriques.

La kératodermie symétrique des adultes, dite essentielle, a subi en effet dans ces dernières années, une désorganisation marquée par les progrès de l tiologie. Successivement en ont été soustra tes les formes palmaires et plantaires hyper-

kératosiques de l'eczéma, du lichen plan, de la dyshidrose, du pityriasis rubra pilaire, les kératodermies arsenicale, blennorrhagique, l'erythème kératosique de Brooke.

Il nous a paru qu'une localisation palmaire et plantaire hyperkératosique du psoriasis est au même titre que le lichen plan, le pityriasis rubra pilaire, la dyshidrose, l'eczéma, capable de simuler une kératodermie symétrique. C'est ce point surtout que, dans une deuxième partie de notre travail, nous avons essayé de mettre en lumière.

Le plan suivi a été le suivant :

Dans une première partie nous avons résumé l'histoire du psoriasis palmaire et plantaire, sa symptomatologie, ses formes atypiques.

Dans une deuxième partie, nous avons essayé d'établir cette évolution des kératodermies symétriques palmaires et plantaires des adultes et la diminution de leurs cas au profit des kératodermies symptomatiques.

Enfin, nous avons insisté sur les manifestations hyperkératosiques du psoriasis palmaire et plantaire et essayé d'isoler cette forme atypique du groupe des kératodermies symétriques essentielles des adultes.

I. — Le psoriasis palmaire et plantaire

HISTORIQUE

Le psoriasis palmaire et plantaire est à l'heure actuelle parfaitement connu et sa description a trouvé sa place dans tous les traités classiques. Mais cette localisation a présenté une histoire clinique curieuse avant de se voir assigner dans la nosographie une place nette, basée sur des caractères suffisamment précis ; plusieurs phases successives ont jalonné l'évolution de nos connaissances sur cette affection.

Robert Willan, à la fin du dix-huitième siècle, isola le psoriasis qu'il classa dans les squamæ ; il cita également un psoriasis palmaire. Mais à cette période purement descriptive, on rangea dans le psoriasis palmaire toutes les affections squameuses de la main, c'est-à-dire qu'on comprenait sous cette dénomination une foule d'affections telles que les kératodermies, le lichen, l'eczéma, les dermatites artificielles, la dyshidrose, les affections squameuses artificielles et aussi les syphilides palmaires qui n'ont rien à voir avec le psoriasis vrai.

Mais sous l'influence de plusieurs auteurs, Ricord en particulier, une première distinction fut

faite et on enleva au psoriasis palmaire et plantaire tout le groupe des localisations de la syphilis à la paume de la main et à la plante du pied. Ces affections reçurent le nom de psoriasis syphilitique. Le psoriasis palmaire et plantaire était encore décrit. C'est ainsi que dans le *Traité des maladies de la peau*, de Rayer (1835), trois variétés de psoriasis palmaires sont distinguées :

1° Le psoriasis palmaire, discret et confluent « commençant par des élevures plus larges que celles des autres variétés de psoriasis, rougeâtres, fermes sous le doigt, sièges d'une chaleur et d'une démangeaison vives, douloureuses à la pression, empêchant tout travail pour peu qu'elles soient nombreuses. Puis après une atténuation des phénomènes-aigus, il se fait une hypertrophie de l'épiderme sur la papule et autour d'elle, suivie d'une desquamation qui donne à la lésion un aspect blanc mat ; enfin, l'épiderme se détache et laisse à nu un nouvel épiderme mince et rosé ;

2° Le psoriasis palmaire centrifuge qui débute à la paume par une élevure solide dont le sommet présente une petite écaille épidermique blanchâtre et sèche, bientôt cernée par un épiderme rougeâtre qui se dessèche et se détache circulairement ; autour de ce premier cercle se forment des cercles concentriques qui s'étendent à toute la paume de la main en même temps que des plaques squameuses se forment aux doigts. Cette maladie s'observe principalement chez les individus dont la paume de la main est irritée par des pres-

sions répétées ou le contact de certaines surfaces métalliques et est sujette aux récidives, lorsque les individus qui en sont affectés ne quittent pas leur profession ;

3° La gale des épiciers qualifiée de psoriasis diffusa, constituée par une lésion squameuse frappant surtout le dos de la main. »

Ainsi qu'on peut s'en rendre compte par ce résumé, les lésions décrites par Rayer dépassent largement le domaine du psoriasis vrai de ces régions. En particulier, il est facile de voir que la gale des épiciers et le psoriasis du deuxième groupe, dûs à des contacts fréquents de substances irritantes chez des prédisposés ne sont autres que les affections rangées actuellement dans le groupe des eczémas d'origine externe (dermites professionnelles).

Mais déjà le « psoriasis syphilitique palmaire et plantaire » est soigneusement isolé et le diagnostic différentiel posé. « Le psoriasis diffère des plaques syphilitiques en ce que ces dernières sont d'une teinte cuivreuse ou violacée, plus foncée à leur centre qu'à leur circonférence ; elles sont sans écailles, couvertes d'une lamelle épidermique transparente qui ordinairement se détache circulairement, laissant à nu une surface d'un jaune cuivreux, lisse et polie, cernée par un liseré épidermique. D'ailleurs elles ne s'accompagnent pas de prurit et sont souvent compliquées d'affections syphilitiques de la conjonctive ou du pharynx, d'exostoses, etc., elles guérissent assez rapide-

ment à la suite de l'administration des préparations mercurielles. Enfin, la disparition de ces taches s'opère de la circonférence vers le centre. »

A la suite de ces auteurs, Gibert, Duvergie continuent à décrire le psoriasis palmaire syphilitique et le psoriasis palmaire non syphilitique.

Hardy, dans son *Traité des maladies dartreuses*, distingue deux formes : une forme de psoriasis palmaire et plantaire coïncidant avec des manifestations de la maladie en d'autres points du corps, forme particulièrement rebelle ; une deuxième exclusivement localisée à la paume et à la plante, mais qui doit éveiller fortement l'attention du médecin « parce que l'éruption squameuse ainsi localisée exclusivement aux extrémités des membres est bien rarement de nature herpétique ; presque toujours elle est un symptôme de syphilis et dans ce cas est toujours moins tenace et moins rebelle que le psoriasis de nature dartreuse. »

Au début de la seconde moitié du dix-neuvième siècle, Bazin a introduit dans la pathologie générale le groupe des maladies constitutionnelles, au nombre de quatre : la syphilis, la scrofule, l'arthritisme et l'herpétisme. Chacun de ces groupes doit son autonomie à un certain nombre de symptômes particuliers formant quatre périodes distinctes. La syphilis a dans une première période, les accidents contagieux (chancres, plaques muqueuses primitives, adénopathies, catarrhes spécifiques) ; dans une deuxième, les plaques muqueuses secondaires et les éruptions cutanées ou syphilitides

(exanthématiques, circonscrites, ulcéreuses) ; la troisième période comprend les gommès, les manifestations de la syphilis sur le système osseux et les articulations ; la quatrième, renferme les affections profondes ou viscérales : gommès du foie, du cerveau, etc.

La scrofule, à son tour, est délimitée en quatre périodes.

Puis l'arthritisme manifesté d'abord par des affections légères du côté des voies respiratoires (coryzas, angines, bronchites) et des éruptions cutanées passagères qui constituent les arthritides primitives et pseudo-exanthématiques ; dans la seconde période, on a des éruptions plus tenaces et plus limitées qui forment le groupe des arthritides circonscrites, telles que l'eczéma, le psoriasis arthritiques., avec souvent des attaques passagères de rhumatisme articulaire aigu et de goutte ; dans la troisième, les affections cutanées tendent à disparaître, tandis que les affections articulaires deviennent fixes et s'accompagnent de dépôts tophacés ; la quatrième période comprenait des affections viscérales

L'herpétisme se caractérisait par quatre périodes moins nettes : la première avec des éruptions superficielles de la peau et des muqueuses, telles que l'eczéma rubrum généralisé, les ophtalmies, les coryzas de nature dartreuse ; la deuxième, avec des affections cutanées plus fixes, eczémas symétriques du pli des jarrets et des saignées, psoriasis des genoux et des coudes, des catarrhes et des né-

vralgies ; la troisième, avec des affections généralisées ou fixes ou, à leur défaut, des métastases graves du côté des viscères (ascite, bronchite capillaire) ; la quatrième, marquée par des affections cutanées fixes ou des affections viscérales graves.

Le psoriasis est classé par cet auteur dans les deux dernières des maladies constitutionnelles : arthritisme et herpétisme Il distingue un psoriasis arthritique et un psoriasis herpétique. Le psoriasis herpétique offre pour lui cette tendance à la généralisation que présentent les affections cutanées de cette classe. C'est donc dans la classe arthritisme qu'il range le psoriasis palmaire. « Le psoriasis arthritique n'occupe que les parties découvertes : cuir chevelu, paume des mains, plante des pieds. » Il se présente sous deux formes : le psoriasis scarlatiniforme (paume des mains, plantes des pieds, racine des cheveux, organes génitaux) caractérisé par un sentiment de tension et de brûlure au niveau des parties malades, une desquamation par larges plages épidermiques, un épaissement et une rougeur scarlatiniforme des téguments sous-jacents aux squames, des fissures profondes avec écoulement de sérosité ; une deuxième forme, le psoriasis nummulaire, présentant des plaques rouges, arrondies et recouvertes de squames, humides par une sécrétion intermittente des surfaces malades ; d'où ressemblance avec un eczéma. Ce psoriasis nummulaire aurait une marche plus chronique que le psoriasis scarlatiniforme et serait sujet aux récurrences. Il disparaîtrait cepen-

dant à une certaine période, soit sous l'influence d'un traitement approprié, soit parce qu'il ferait place à des manifestations d'une période plus avancée. Bazin, contrairement aux dermatologistes de son époque, repousse le psoriasis syphilitique palmaire qu'il considère comme une « phase de l'évolution d'une syphilis tuberculeuse circonscrite ou d'une plaque muqueuse de la main. »

Mais fidèle à sa doctrine, à côté de ce psoriasis arthritique, dû à une maladie constitutionnelle et par suite de cause interne, Bazin admet un psoriasis palmaire de cause externe, dû à des irritations cutanées et dans lequel il fait rentrer toutes les dermatoses des extrémités dues aux irritations cutanées.

Cependant il essaie de poser le diagnostic différentiel entre le psoriasis et l'eczéma palmaire et plantaire, sans y attacher une grande importance. « D'ailleurs qu'importe le diagnostic précis du genre ; ne savons-nous pas que le psoriasis et l'eczéma limités à la paume des mains sont toujours arthritiques, et dès lors notre thérapeutique ne sera-t-elle pas toujours la même, que nous ayons à traiter un eczéma ou un psoriasis. »

Ainsi donc ; tandis qu'avec Hébra et Hardy, les lésions palmaires et plantaires étaient considérées comme d'origine presque toujours syphilitique, Bazin mettait à part la syphilide palmaire et reformait le groupe des psoriasis palmaire et plantaire. Mais il constituait encore un caput mortum d'affections diverses auxquelles les auteurs qui

suivirent appliquaient volontiers le terme d' « arthritides palmaires de Bazin ».

Mais plus récemment, on a dissocié ce caput mortuum de l'arthritide palmaire et reconnu qu'à la plante des pieds et surtout à la paume des mains, on rencontre, en dehors de la syphilis, diverses éruptions rouges et squameuses parmi lesquelles notamment : des dermatites artificielles, la dyshidrose, la trichophytie, les kératodermies, le lichen, l'eczéma, enfin le psoriasis vrai.

La première observation de trichophytie palmaire publiée est celle de Tilbury Fox (*British Medical Journal*, 1870) ; il s'agit d'une observation dans laquelle une plaque d'herpès tonsurans du poignet avait gagné la face palmaire du métacarpe. Mais en 1888 seulement parut un important travail du P^r C. Pellizari de Pise. Citons ensuite toute une série d'observations d'Arnozan et Dubreuilh, Djélaleddin-Moukhtar, Fournier, Besnier.

Le lichen plan palmaire et plantaire fut d'abord signalé dans deux observations de Hallopeau où les malades atteints depuis plusieurs années de lichen plan des membres, de la verge, de la bouche présentaient également des lésions hyperkératosiques et squameuses de la main avec dilatation des orifices sudoripares. En 1891 Brooke publie deux nouvelles observations ; Malcolm Morris en 1894 une troisième ; enfin Dubreuilh en a publié plusieurs autres cas.

Le premier cas de dyshidrose publié fut un cas

de dyshidrose palmaire. En effet, en janvier 1873 Tilbury Fox décrivait minutieusement une éruption cutanée palmaire qu'il rapportait à un trouble physiologique des glandes sudoripares. Peu après Hutchinson décrivait et isolait sous le nom de « cheiro-pompholix » une affection qui n'était autre que la dyshidrose de T. Fox, ainsi qu'Hutchinson le reconnut lui-même peu après. A leur suite Duhring, Crooker, Bonnet, etc., contribuèrent fortement à l'isolement de cette affection.

La localisation palmaire de l'eczéma était connue depuis fort longtemps. Bazin lui-même, bien que n'attachant pas une grande importance à ce diagnostic différentiel puisque les deux lésions traduisent la diathèse arthritique, tout en reconnaissant la difficulté que peut présenter le diagnostic entre les deux affections, note qu'à un moment donné l'eczéma donne un « suintement plus ou moins abondant, que les démangeaisons sont toujours très prononcées tandis que ces symptômes manquent dans le psoriasis. De même les anciens auteurs avaient remarqué la forme particulière que peut prendre à la main l'eczéma chronique. Dans le traité de Rayer nous pouvons lire : « Dans l'eczéma général, après plusieurs éruptions successives, l'inflammation se propage quelquefois à la paume de la main ; alors la sérosité est retenue au-dessous de l'épiderme et non versée à la surface externe, ce qui modifie sensiblement l'apparence de la région. »

Toutefois le diagnostic différentiel de l'eczéma

et du psoriasis devait être particulièrement bien posé par Besnier. A propos des psoriasis atypiques, Besnier, en effet, déclare : « Ces formes atypiques présentent des difficultés particulières de diagnostic et demandent beaucoup de réserve dans l'interprétation, réclament un triage plus sévère que celui qui est usité aujourd'hui généralement et une différenciation attentive d'avec les formes d'eczéma psoriasiforme, sébacé, lamelleux auxquelles Bazin a surtout emprunté pour constituer son psoriasis arthritique dans les deux variétés scarlatiniforme et nummulaire, dont la plus grande partie est manifestement le type de l'eczéma séborrhéique nouveau. D'ailleurs, en observateur consommé, Bazin n'avait pas manqué de noter le caractère eczémateux de ces « psoriasis » aux mains et aux pieds ; il signale l'écoulement d'une sérosité plastique qui parfois se concrète sous forme de croûtes. »

Mais durant toute cette période le psoriasis palmaire et plantaire vrai commença à être mis en doute. Tous les auteurs signalent que dans les éruptions généralisées, la main et le pied sont respectés. « Dans beaucoup de cas, une ligne fictive sus-malléolaire et sus-radio-carpienne isole les extrémités comme si elles avaient été trempées dans un liquide préservateur » (Besnier). Les lésions palmaires et plantaires qu'on ne peut rattacher aux types décrits : trichophytie, eczéma, dermites artificielles, etc., sont considérées comme étant un signe de syphilis. En présence d'une éruption sè-

che de la paume des mains et de la plante des pieds, on pense au mot de Ricord : « Le psoriasis palmaire et plantaire, c'est le diagnostic de vérole écrit dans la main ou sous le pied du malade. »

Toutefois en 1895, Darier présente à la Société de Dermatologie, trois cas de psoriasis palmaires et rappelle quelques observations antérieures. Dans la discussion qui suit, M. Brocq, tout en signalant la difficulté de la question des éruptions psoriasiformes de la plante des pieds et de la paume des mains donne des cas personnels. Mais il insiste sur la difficulté du diagnostic. « Le diagnostic de ce que nous appelons encore les psoriasis palmaire et plantaire me paraît être le plus souvent impossible. » Il déclare que dans les cas douteux, il s'est imposé comme une règle d'examiner la bouche des malades. « Quand c'est un homme et qu'il a eu la syphilis, il y a dans ces cas presque toujours quelque lésion de syphilome en nappe plus ou moins accentué, plus ou moins diffus vers les bords de la langue, vers son extrémité et cela surtout chez ceux qui fument. Une simple leucoplasie dans ces cas est un indice, je dis un indice, mais non une certitude, puisque la leucoplasie buccale peut se développer chez des sujets qui n'ont jamais eu la syphilis : il est constant toutefois que cette affection y prédispose singulièrement. Mais tous les sujets qui ont des syphilis psoriasiformes palmaires et plantaires n'ont pas des lésions de la cavité buccale, et les femmes en particulier n'en ont que bien rarement. Les difficultés du diagnostic sont

alors bien souvent insurmontables ». Enfin, Darier conclut que dans les syphilides palmaires il y a presque toujours de l'infiltration tandis que le psoriasis vrai n'en présente point. Enfin le calomel est donné comme le meilleur moyen de faire un diagnostic différentiel. Toutefois il faut qu'il y ait amélioration très rapide, dès la première ou la deuxième injection, car on a vu des psoriasis palmaires non syphilitiques améliorés par une série de ces injections.

En 1897 Gaucher et Hermary (*Ann. de Derm. et syphil.*) publient un cas curieux de psoriasis palmaire et plantaire tenace avec des éléments hyperkératosiques disséminés à la paume et à la plante.

En 1902 nous relevons des cas typiques publiés par Mendès da Costa et Milian.

En 1903 Watt (*British Medical Journal*) s'élève contre l'opinion qu'il entend professer et qu'il voit écrite dans les livres classiques : que le psoriasis palmaire est toujours d'origine syphilitique. A l'appui de son affirmation il cite son propre cas : bien qu'exempt de toute syphilis héréditaire ou acquise il a eu à plusieurs reprises des atteintes de psoriasis palmaire avec ultérieurement d'autres localisations de la dermatose.

La même année Fatome publie un cas typique dans le *Journal de Médecine* de Bordeaux.

En 1905 Dubreuilh apportant quelques cas personnels donne la description clinique du psoriasis

palmaire et en fait le diagnostic différentiel (*Journal de Médecine de Bordeaux*).

En 1906 Balzer et Deshayes signalent un cas de psoriasis palmaire coïncidant avec une éruption généralisée chez une malade atteinte depuis quatre mois de blennorrhagie encore en évolution.

En 1909 Piccardi dans le *Giornale italiano delle malattie venere* fait une brève étude du psoriasis palmaire, donne les caractères classiques et apporte six observations. Il déclare que le psoriasis palmaire n'est pas aussi rare qu'on le dit, sa statistique lui donnant 18 fois cette localisation sur 100 cas de psoriasis ; cette localisation se manifesterait tardivement dans la vie des psoriasiques (entre 37 et 50 ans) ; la profession aurait une influence manifeste.

En 1910 Ercoli apporte un cas nouveau de psoriasis palmaire, primitivement et exclusivement palmaire.

Citons enfin l'article de M. Audry, dans la pratique dermatologique de Besnier, Brocq et Jaquet où cet auteur signale la fréquence du psoriasis palmaire à la clinique de Toulouse.

A tous ces cas publiés, nous apporterons deux cas nouveaux de psoriasis observés dans son service par M. le professeur Nicolas ; l'un psoriasis uniquement palmaire à longue durée et à localisation palmaire exclusive durant de nombreuses années ; le deuxième, présentant une histoire fort curieuse sur laquelle nous insisterons particulièrement au cours de ce modeste travail.

DESCRIPTION CLINIQUE

Le psoriasis palmaire et plantaire ainsi délimité apparaît comme une affection rare. Mais à l'heure actuelle les observations publiées sont en nombre suffisant pour que la description de l'affection figure dans tous les livres classiques. Car le psoriasis, dans ses localisations à la paume et à la plante, présente une physionomie spéciale et une évolution différentes de celles des placards types des lieux d'élection de la dermatose.

Dans la majorité des observations publiées, le psoriasis palmaire a débuté par une papule qui présente d'abord tous les caractères de la papule psoriasique type : plaque surélevée, rouge, recouverte de squames fines et naçrées ; sous l'action du grattage la plaque blanchit, prend le caractère d'une tache de bougie ; on arrive ainsi sur une dernière lamelle mince et transparente qui recouvre le derme ; celle-ci enlevé le corps papillaire est mis à nu et les papilles écorchées fournissent une série de gouttelettes sanguines, formant un piqueté directement visible ou mis en évidence par l'artifice de la feuille de papier à cigarettes. Mais peu à peu le centre desquame et forme une dépression en godet blanche et farineuse. La lésion s'accroît excentriquement, si bien qu'elle s'étend en disques plus ou moins larges qui se réunissent et se fondent en une seule surface.

Alors le tégument palmaire, en tout ou en par-

tie se trouve transformé en une aire de desquamation sèche, blanche, écailleuse, ravinée au niveau des plis normaux. Les bords du placard sont nettement arrêtés, à peine saillants sous la peau saine, limités du côté de la lésion par un rebord rocailleux, un peu décollé. Sous la poussière blanche qui le recouvre, le fond est d'un rouge uniforme assez vif, parfois un peu bronzé. Cette coloration se retrouve quelquefois, mais non toujours autour du placard ; mais elle peut faire défaut totalement et c'est la desquamation qui représente les limites du mal.

Dans la plupart des cas observés, l'éruption a gagné le dos de la main, la face dorsale des doigts, quelquefois la face antérieure du poignet. Mais dans ces régions le psoriasis prend un aspect beaucoup plus typique. Cependant certains auteurs signalent que, d'une manière générale, il diffère encore un peu de celui du tégument général. « Sur le dos des mains et des doigts il s'étend en nappe rouge, recouverte d'un épiderme mince et lisse, uni avec une desquamation en larges lambeaux épars ; ou bien il offre de petits amas plâtreux péripilaires, surtout sur le dos des phalanges. »

D'ordinaire les ongles sont envahis ; un ou plusieurs ongles sont striés ou ponctués et présentent à un stade plus ou moins avancé les altérations du psoriasis unguéal.

On n'observe pas de troubles de la sensibilité.

A la plante des pieds les désordres sont comparables ; mais il est très rare qu'ils se présentent avec

cette netteté, avec des bords aussi bien arrêtés, etc.

La durée du mal est extrêmement prolongée.

Au point de vue de l'évolution, deux cas peuvent être distingués : ou bien le psoriasis palmaire apparaît en premier lieu constituant la première manifestation de la maladie et reste ainsi longtemps cantonné exclusivement aux régions palmaires et plantaires, sans détermination sur un autre point du tégument cutané ; ou bien des placards de psoriasis palmaire et plantaire apparaissent au cours de l'évolution d'un psoriasis généralisé.

Le deuxième cas est le plus fréquemment rencontré en clinique.

Cette localiation coïncide souvent avec le fait d'irritations locales fréquentes. M. Audry signale que le psoriasis palmaire est, à la Clinique de Toulouse, loin d'être aussi rare qu'on le dit ; il attribue le fait à ce qu'il y voit surtout « des cultivateurs dont les mains sont très exposées à toute irritation ».

Cependant il existe des observations indiscutables où le psoriasis palmaire ou plantaire a été durant très longtemps la seule localisation de la maladie, l'envahissement du reste du corps ne s'étant fait qu'après de nombreuses années. Plusieurs observations de Darier (1892), de Besnier (1892), de Fatome (1903), de Piccardi (1909), six observations in *Giornale italiano delle malattie venere*, etc., en font foi.

À ces observations déjà publiées ajoutons une

observation inédite de M. le professeur Nicolas, très intéressante par la longue localisation d'abord exclusivement palmaire (20 années), suivie d'une généralisation.

OBSERVATION PREMIÈRE

Psoriasis à prédominance au niveau des mains et des régions génito-crurales, psoriasis arthropathique.

B..., 67 ans. Entré à l'hôpital Saint-Pothin, service de M. le professeur Nicolas, le 6 mai 1913.

Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires et personnels.

Le point particulier réside dans ce fait que les premières lésions sont apparues en 1892 au niveau des mains et y sont restées localisées jusqu'en octobre 1912 par poussées successives.

Depuis cette dernière date quelques éléments sont apparus du côté des coudes et des genoux et un placard s'est constitué au niveau des régions génito-crurales.

Etat actuel (6 mai 1913).

On note :

a) Un psoriasis palmaire occupant la main et la face antérieure du poignet, psoriasis en nappe avec tous les caractères du psoriasis de cette région. Au niveau des espaces interdigitaux, il gagne un peu la face dorsale. A la limite se trouvent quelques éléments isolés.

A signaler une déformation des articulations à type de psoriasis arthropathique.

Il y a des lésions unguéales ;

b) Quelques éléments isolés des coudes et des genoux ;

c) Un psoriasis en placard occupant les bourses, le fourreau, le pubis et la face interne des cuisses.

Le diagnostic du psoriasis palmaire, assez facile lorsque l'éruption existe ailleurs, devient très délicat lorsque seules la paume ou la plante sont prises. Toutefois des caractères différentiels ont été signalés.

Les *syphilides palmaires* sont très importantes à distinguer du psoriasis vrai. Elles naissent sous forme de taches d'un rouge sombre qui d'emblée sont rénitentes au toucher, qui s'étendent par leur périphérie en s'exfoliant au centre et peuvent confluer en placards circonscrits. Leurs attributs les plus caractéristiques consistent dans l'infiltration du derme qui leur sert de base, et dans l'épaisseur de la bordure cornée et parfois fissurée qui les cerne en dessinant des cercles ou des arcades ; on peut ajouter qu'elles n'ont aucune tendance à gagner le poignet ni surtout la face dorsale de la main et des doigts, sauf le cas d'éruption papulo-squameuse généralisée (Darier) ; les ongles sont sains. Mais bien souvent le diagnostic est fort difficile et le traitement d'épreuve nécessaire. Dans ces cas-là, le calomel avait été préconisé (Fournier, Brocq). Nous pouvons ajouter les renseignements fournis par le laboratoire (réaction de Wassermann).

Le *lichen palmaire* présente presque toujours

des éléments caractéristiques au poignet. S'il n'en existe point, le diagnostic est presque impossible, en l'absence de localisations du psoriasis en d'autres points du corps.

Dans la *dyshidrose*, la desquamation succède toujours à des poussées de vésicules; en outre elle est presque toujours précédée de certaines sensations de prurit ou de cuisson qui sont parfois intolérables; puis apparaissent de petites vésicules perliées, transparentes.

La *trichophytie* palmaire, dont la première observation fut publiée par Tilbury Fox, débute presque toujours par des vésicules, le plus souvent par une vésicule unique, sans douleur ni démangeaison, vésicule qui d'ordinaire se résorbe, qui quelquefois devient purulente; puis l'épiderme se désagrège. La marche de la lésion se fait excentriquement.

L'*eczéma palmaire* est d'un diagnostic différentiel quelquefois délicat. Toutefois, les auteurs signalent qu'il est d'ordinaire moins rouge, recouvert de squames cornées plus épaisses; il donne lieu régulièrement à des crevasses ou rhagades profondes; ses bords sont diffus, effacés, non pas nets et circonscrits; la face dorsale et le poignet peuvent être envahis, mais alors l'eczéma y prend ses caractères typiques; les ongles sont souvent altérés sous une forme identique à celle du psoriasis. Habituellement l'éruption est symétrique. Fréquemment on a de l'eczéma d'autres régions ou un état séborrhéique prononcé. Tandis que dans le psoria-

sis palmaire le bord seul est hyperkératosique et forme autour des plaques desquamées une bordure très nette, dans l'eczéma l'hyperkératose est surtout marquée au centre des plaques et va en s'atténuant vers les bords ; les plaques cornées de l'eczéma sont dures, rugueuses, opaques et ne blanchissent pas au grattage ; elles s'éliminent par écailles épaisses ou par petits blocs et non pas sous forme de lamelles farineuses.

Avec les *kératodermies symétriques* des extrémités, le diagnostic différentiel est classiquement regardé comme facile. Dans le psoriasis palmaire, comme nous l'avons vu, la bordure seule est hyperkératosique, tandis que le centre de la plaque est constitué par un derme rouge sans infiltration perceptible recouvert d'un épiderme aminci et desquamé ; dans les psoriasis palmaires de longue durée, cette bordure cornée peut même disparaître. Dès que le psoriasis dépasse la face palmaire, il reprend ses caractères typiques ; enfin, les lésions unguéales sont fréquentes dans le psoriasis. Au contraire, dans les *kératodermies symétriques*, la paume et la plante sont occupées par une couche cornée, quelquefois épaisse d'un demi-centimètre et plus, généralisée, fissurée et crevassée, dure, rugueuse, se détachant par blocs ; les ongles sont sains. Il n'y a donc là rien qui rappelle l'aspect habituel du psoriasis palmaire classique. « Toutefois, il est signalé que, quand le psoriasis envahit d'une façon un peu brusque toute la surface palmaire, celle-ci est franchement hyperkératosique,

par suite de la confluence des papules cornées du début. Si même la poussée est tout à fait aiguë, la desquamation n'est plus farineuse mais se fait d'un seul coup sous forme d'une épaisse plaque cornée, dure et sèche (1). Mais cet aspect ne dure pas et à un stade plus avancé, on a l'aspect classique de la plaque psoriasique palmaire à bord hyperkératosique, à centre desquamé à épiderme aminci.

(1) Dubreuilh. Kératod. symétriques in *Pratique dermatologique*.

II. — Psoriasis palmaires et plantaires atypiques

Mais il arrive assez fréquemment qu'on voie le psoriasis revêtir à la paume des mains ou à la plante des pieds une forme qui s'éloigne sensiblement de la forme classique, ordinairement décrite, que nous venons à notre tour d'exposer. A vrai dire, le psoriasis palmaire et plantaire étant lui-même une localisation rare, nous ne devons pas nous étonner de ne trouver qu'un petit nombre d'observations venant à l'appui de notre opinion.

Toutefois, nous avons une observation de MM. Hallopeau et Lemierre, publiée en 1901, qui rapporte le cas d'un psoriasis atypique à forme bulleuse et rupoïde qui présentait à la face palmaire de la main des éléments également bulleux et rupoïdes, tandis que, à la plante, fait non moins intéressant et sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, il existait un épaississement de l'épiderme simulant une kératodermie symétrique plantaire. Voici d'ailleurs l'observation résumée.

OBSERVATION II

HALLOPEAU et LEMIERRE

Société de Dermatologie et Syphiligraphie 1901.

Il s'agit d'un malade de 47 ans, alcoolique invétéré (pituïtes matinales, rêves nocturnes profes-

sionnels, etc.). Première poussée de psoriasis il y a 15 ans.

Depuis, cinq poussées successives.

Actuellement psoriasis généralisé avec arthropathies. Éléments sur le visage, le tronc, les coudes, les faces antérieures du poignet, les mains, le scrotum, la verge, la face postérieure des cuisses, la face interne du genou, le pied.

Le début de la lésion se fait par une macule rouge qui devient papule ; puis le centre de la papule acuminé devient jaunâtre ; l'élément a alors absolument l'aspect d'une bulle à contenu purulent. Pourtant, lorsqu'on déchire ce soulèvement bulleux, il ne s'écoule aucun liquide ; on voit au lieu d'exsudation une sorte de magma blanchâtre ; l'examen histologique y décèle des cellules épidermiques plus ou moins altérées et quelques rares leucocytes.

« Sur la face palmaire des mains existent des éléments de petite taille ainsi faits, nombreux et disséminés.

« Au pied, on constate des éléments psoriasiques sur la face dorsale. A la face plantaire, tout l'épiderme paraît épaissi et est en train de s'exfolier ; il se soulève en certains points formant de véritables petites tumeurs dures et cornées. Cet aspect est très marqué au niveau de la face plantaire des gros orteils.

« Les orteils sont fléchis consécutivement aux arthropathies qu'a eues le malade ; au niveau des points de flexion sur la face dorsale des orteils,

l'épiderme épaissi forme de véritables saillies rocheuses qui s'enlèvent assez difficilement et laissent à découvert une surface saignante. »

Il est une autre forme de psoriasis palmaire et plantaire atypique sur laquelle notre attention a été attirée par une observation recueillie dans le service de M. le Professeur Nicolas. Il s'agit de formes hyperkératosiques du psoriasis palmaire et plantaire : et parmi ces formes, celle rapportée dans notre observation a pu pendant de longs mois, simuler une kératodermie érythémateuse symétrique des extrémités des adultes au point d'imposer au début ce diagnostic. Ce fait qui, croyons-nous, n'a jamais été signalé, tout au moins sous une forme aussi pure, nous permettra de passer en revue les rapports qu'on peut relever entre certaines kératodermies symétriques des adultes et le psoriasis.

Mais tout d'abord, nous croyons devoir rapporter l'observation qui constitue le point de départ de notre travail et résumer ensuite en quelques pages les notions actuellement acquises sur les kératodermies érythémateuses symétriques des extrémités chez les adultes.

OBSERVATION III

Due à MM. NICOLAS et MOUTOT.

C... (Marie-Julie), 33 ans.

Entrée le 8 novembre 1910.

La malade entre à l'hôpital pour des lésions

érythémateuses hyperkératosiques des mains remontant à quelques années et ayant persisté depuis. L'aspect est tel que l'on pense immédiatement à une hyperkératose érythémateuse des mains symétrique congénitale ou essentielle des adultes.

Antécédents héréditaires et personnels.

La malade est une « minus habens » qui s'exprime avec la plus grande difficulté : il est impossible de tirer quoi que ce soit au point de vue de son histoire ; tout ce que l'on peut apprendre c'est qu'elle se souvient d'avoir depuis longtemps la paume des mains dans le même état avec cependant des périodes d'amélioration et d'aggravation. Elle ne sait s'il y eut des cas dans sa famille.

Etat actuel (8 novembre 1911).

Les lésions occupent exclusivement les extrémités supérieures des mains et parties inférieures des poignets, face palmaire. Elles sont d'une symétrie parfaite, exactement superposables, parfaitement limitées à la face palmaire.

Sont atteintes les régions suivantes :

Les doigts, les lésions empiétant légèrement sur les faces latérales ; la paume des mains envahie jusque sur le bord externe des régions thénar et hypothénar ; la partie inférieure de la face antérieure du poignet avec une atteinte des faces latérales.

La face dorsale de la main est complètement épargnée. Il n'y a pas de lésions aberrantes tout autour.

Il s'agit d'un seul et même placard hyperkéra-

tosique érythémateux. L'on peut considérer deux zones à la lésion : l'une centrale l'occupant dans sa totalité, l'autre périphérique.

La zone périphérique, large de quelques millimètres seulement, constitue un fin liseré érythémateux non surélevé, pas hyperkératosique. Il est très nettement limité.

La zone centrale est occupée par une hyperkératose très marquée. Il existe à ce niveau une couche cornée grisâtre, haute de plusieurs millimètres, véritable carapace. Elle est d'ailleurs irrégulière, plus accentuée au niveau de la paume de la main et en particulier au niveau de la base des 2°, 4° et 5° doigts, sur les éminences thénar et hypothénar. Il y a là un épaissement en bloc qui se débite très mal à la curette, ne desquame pas en squames, mais s'arrache en fragments. Par places, l'aspect est papillomateux. La surface n'est d'ailleurs pas unie, il existe en particulier au niveau des plis de flexion de profondes fissures et rhagades. Par le grattage on ne trouve, tant sur le centre de la lésion qu'à sa périphérie, aucune vésicule d'eczéma ni aucun symptôme d'une dermatose squameuse telle que le psoriasis.

Pas de lésions du corps ; pas d'ichthyose, pas de kératose plane exagérée, pas de lésions des plis, rien du côté des pieds.

La malade est tout à fait inintelligente, ne sait ni lire ni écrire. Elle ne possède qu'un vocabulaire très restreint, ne peut fournir aucun renseignement précis. Elle ne souffre pas de ses lésions qui

ne paraissent le siège d'aucun prurit, d'aucune sensation anormale.

Bon état de santé générale.

Etant donné le début, la persistance des lésions, leur parfaite symétrie, la présence d'une hyperkératose palmaire limitée par une bordure érythémateuse, l'absence de toute lésion déterminée d'eczéma, de psoriasis ou de pityriasis rubra pilaire, on porte le diagnostic de kératodermie érythémateuse symétrique essentielle palmaire, qu'elle soit congénitale ou autre.

Pas de traitement général. Badigeonnages de quelques fissures ulcéreuses au nitrate d'argent à 1/100. Pommade ichthyolée et à l'acide salicylique faible.

21 Novembre 1911.

La malade étant en bon état, on fait un traitement kératolytique intense; pansements humides à l'acide salicylique (par pâte avec a. salicylique, résorcine, huile de cade, savon noir).

7 Février 1912.

Sous l'influence du traitement précédent, les lésions se sont améliorées; l'hyperkératose a presque complètement disparu. Il persiste une large surface érythémateuse vernissée sans puits eczématisques; il persiste aussi une desquamation plutôt lamelleuse. Il n'y a pas de porokératose marquée au niveau des orifices des glandes sudoripares. Il n'y a eu aucune régression de la surface des lésions qui sont restées stationnaires au niveau des doigts et de la main; mais au niveau

des poignets, à la face antéro-externe, les lésions ont progressé symétriquement en bande.

Il y a à ce niveau une bande large de 3 à 4 cm. érythémateuse, épaissie, infiltrée superficiellement ; à son niveau il y a une accentuation très marquée des plis de la peau, avec division en pavage par petits rectangles ou mieux losanges ; il y a une certaine desquamation, si bien que l'aspect est assez celui que l'on rencontre au cours de certaines ichthyoses et en particulier de certaines erythodermies ichthyosiformes congénitales. Le grattage de ces lésions ne montre rien de particulier.

La malade conserve un excellent état général ; rien aux coudes ni aux aisselles, rien sur le corps. La présence de ces bandes symétriques paraît de plus en plus en faveur du diagnostic de kératodermie symétrique érythémateuse des extrémités ; peut-être une de ces formes de ces états érythrodermiques ichthyosiformes.

Le traitement kératolytique est continué par les préparations salicyliques additionnées d'acide chrysophanique à 5/100.

10 Décembre 1912.

Sous l'influence des derniers traitements, peu à peu les lésions ont rétrocedé et pour la première fois, dit la malade, l'état d'amélioration a été aussi marqué. Pour le moment, la peau est simplement vernissée et il n'y a plus de zone érythémateuse limitée ; par place même, la peau a repris l'aspect normal. Il en est ainsi au niveau des bandes de l'avant-

bras, du poignet et de certains points de la paume des mains et des doigts. La peau cependant n'a pas repris encore sa souplesse normale ; il y a un certain degré de raideur parcheminée.

8 Février 1913.

Pendant ces derniers temps les lésions s'étaient améliorées de plus en plus et l'aspect des téguments était normal. Depuis une huitaine de jours, sont apparues du côté de la paume des mains des lésions érythémateuses arrondies de la surface d'une lentille à une pièce de 20 centimes ; la surface de ces lésions est franchement psoriasiforme. Par le grattage à la curette, l'on a des squames micacées, absolument pas adhérentes ; sur certains éléments les plus petits, les plus jeunes, on arrive à produire une desquamation du type du psoriasis en retrouvant une squamule profonde et un piqueté hémorragique. Cet examen qui, à ce niveau, présente vraiment quelque difficulté mais est incontestable sur quelques éléments, se retrouve beaucoup plus net et plus aisément au niveau de quelques éléments qui viennent d'apparaître sur la face antérieure du poignet et de l'avant-bras.

Chacun des éléments est entouré d'une bordure érythémateuse. Vu l'aspect des éléments, leurs caractères psoriasiformes nets, il est porté le diagnostic de psoriasis vrai localisé aux mains, celui précédent de kératodermie symétrique est éliminé. La malade est laissée quelque temps sans traitement pour suivre l'évolution.

7 Juillet 1913.

Les lésions ont peu à peu repris leur aspect primitif, c'est-à-dire qu'il existe un vaste placard érythémateux et hyperkératosique de toute la paume des mains, remontant au-dessus du poignet. L'aspect est celui des kératodermies érythémateuses symétriques des extrémités ou des eczémas palmaires hyperkératosiques. Il n'est pas possible de retrouver l'aspect du psoriasis.

La peau est parfaitement tolérante aux préparations anti-psoriasiques. En particulier les pommalades à l'acide chrysophanique à 10 p. 100 sont bien supportées.

15 Septembre 1913.

Il est apparu à la plante du pied des lésions hyperkératosiques qui se sont accentuées peu à peu, siégeant à la voûte plantaire, au talon où elles forment un bloc épais, au niveau des têtes métacarpiennes. Les lésions palmaires sont très améliorées.

15 Octobre 1913.

Sous l'influence d'un traitement local antipsoriasique les lésions palmaires ont complètement disparu ; la malade se sert librement de ses mains ; l'épiderme est à peine un peu parcheminé à la paume.

Les lésions hyperkératosiques plantaires n'ont pas complètement disparu, quoique très améliorées.

Aucune lésion n'est apparue disséminée sur le corps ni aux coudes, ni aux genoux, ni sur le cuir chevelu.

III. — Psoriasis et kératodermies

Les kératodermies symétriques des adultes que notre cas de psoriasis avait fortement simulées durant les premiers mois de son évolution ne constituent qu'un chapitre des kératodermies symétriques des extrémités. Les kératodermies symétriques palmaire et plantaire sont en effet des affections caractérisées par l'épaississement de la couche cornée de la paume des mains et de la plante des pieds ; or, ce syndrome clinique est réalisé dans des cas bien différents. Car nous devons tout d'abord remarquer que les paumes et les plantes sont des régions très spécialisées par leur situation à l'extrême périphérie, loin du cœur et des centres nerveux, ce qui leur vaut des conditions circulatoires et trophiques particulières ; par leur structure qui n'a point d'analogue en d'autres points du corps ; par leur fonction physiologique et leur usage dans la vie journalière qui est presque caractéristique de l'espèce humaine ; enfin, par les influences extérieures auxquelles elles sont exposées. Remarquons également que, dans presque tous les cas, toutes ces conditions agissent en même temps symétriquement sur les deux côtés, ce qui a une certaine importance au point de

vue systématisation. Aussi voyons-nous un bon nombre de dermatoses prendre à la paume et à la plante une physionomie particulière et présenter en général une allure hyperkératosique. Le lupus par exemple qui, partout ailleurs, s'accompagne d'un amincissement de l'épiderme devient papillomateux et hyperkératosique aux extrémités ; l'eczéma sec, le pityriasis rubra pilaire s'accompagnent partout d'une production exagérée de tissu corné, mais tandis qu'ailleurs il en résulte une desquamation exagérée, aux paumes et aux plantes la substance cornée s'accumule et donne naissance à des kératodermies. On s'explique ainsi très facilement que le groupe des kératodermies symétriques des adultes soit particulièrement confus et abrite sous son nom des maladies d'origine, de nature et d'évolution essentiellement diverses. Aussi pour se reconnaître dans ce chaos plusieurs classifications ont été proposées. Celle de Besnier partout citée et souvent admise donne quatre groupes :

1° La kératodermie symétrique des extrémités congénitale et héréditaire avec ou sans nœvi sur d'autres points du corps ;

2° La kératodermie commune symétrique des extrémités qui apparaît dans la seconde enfance, érythémateuse, irritable, peut-être en rapport avec quelque névrose centrale ;

3° La kératodermie des extrémités en foyers, qui se développe en îlots isolés et multiples à la paume des mains et la plante des pieds, en dehors

de toute proportion avec le degré des pressions et qui est, comme les précédentes, trophonévrotique à origine centrale ;

4° La kératodermie essentielle des extrémités qui arrive à tout âge sous l'influence de pressions inusitées, mais qui ne se confond pas avec les callosités proprement dites.

Cette classification paraît insuffisante car il y a des types tels que l'érythème kératosique de Brooke, la kératodermie arsenicale qui n'y sont pas compris. Aussi M. Dubreuilh a-t-il proposé une classification nouvelle qui nous paraît bien meilleure. Il distingue :

1° Les kératodermies proprement dites où l'hyperkératose palmaire et plantaire constitue toute la maladie et où cette manifestation est toujours isolée. Ce groupe renferme :

- a) La kératodermie palmaire et plantaire symétrique, congénitale et héréditaire ;
- b) La kératodermie symétrique des adultes ;
- c) L'érythème kératosique ;
- d) La kératodermie arsenicale ;

2° Les kératodermies symptomatiques qui ne sont que la localisation palmaire et plantaire de dermatoses généralisées ou de siège variable, dont le diagnostic, facile lorsqu'il y a d'autres manifestations de la dermatose, peut devenir très difficile quand la kératose palmaire constitue toute la maladie. Dans ce groupe se placent les localisations palmaires et plantaires de l'eczéma, du psor-

riasis, du lichen plan, du pityriasis rubra pilaire, de la kératose blennorrhagique et de la syphilis.

De toutes les kératodermies du premier groupe, une seule nous intéressera. C'est la kératodermie symétrique des adultes ; résumons rapidement ses principaux caractères et l'évolution qui s'est faite dans les idées au sujet de cette dermatose.

Cette kératodermie apparaît dans l'âge adulte et les lésions se développent rapidement, en général dans l'espace de quelques mois. Le début se fait par une rougeur diffuse des paumes et des plantes ou par une zone rouge, violacée à la limite des surfaces palmaires ou plantaires ; à ce niveau la peau devient écailleuse, puis l'érythème et la desquamation gagnent peu à peu vers le centre. A la période d'état les lésions sont généralement plus accusées aux pieds. Nous ne pouvons mieux faire pour les décrire que citer l'étude faite par Dubreuilh. « La plante est tout entière occupée par une semelle cornée épaisse de un demi-centimètre et plus, fissurée et crevassée en blocs polygonaux qui forment un pavé ou un dallage. Les crevasses sont plus accusées autour du talon et elles peuvent en ces parties devenir assez profondes et douloureuses pour empêcher la marche. L'hyperkératose forme assez volontiers un placard talonnier et un placard à l'avant-pied au niveau de la tête des métatarsiens. Quand elle est étendue à toute la surface plantaire, certaines parties sont souvent moins atteintes ; tantôt, c'est la voûte plantaire et le bord interne du pied qui sont respectés ; tantôt

au contraire la couche cornée reste souple et modérément épaissie aux points de pression comme la face inférieure du talon et les têtes des métatarsiens, la pulpe des orteils, mais est démesurément épaisse au voisinage immédiat des points de pression, autour du talon, à la voûte plantaire, au voisinage immédiat des points de contact de l'avant-pied sur le sol. La couche cornée est crevassée, noircie, rugueuse, se détachant par blocs épais.

« Aux mains l'hyperkératose est généralisée, mais forme des masses particulièrement épaisses au bord interne de la paume et au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. La couche cornée dure et rugueuse, laisse voir habituellement les crêtes papillaires sur lesquelles se moulent les couches cornées ; elle est coupée dans tous les sens de crevasses, les unes profondes et les autres superficielles.

« Le prurit est très variable ; la sensibilité est bien conservée ; mais généralement il n'y a pas de démangeaisons.

« La carapace cornée conserve parfois sa couleur naturelle d'un jaune ambré avec une certaine demi-transparence, surtout dans les cas où elle est compacte, mais le plus souvent elle est opaque, grise ou noire par la pénétration des poussières ; sa surface est rugueuse et se desquame non en écailles, mais en blocs irréguliers. »

La limite entre la plaque kératosique palmaire et surtout plantaire et la peau saine est marquée par une bordure érythémateuse qui, selon Du-

breuilh, est une simple conséquence du froissement de la peau saine par le bord de la plaque cornée. Aussi voit-on ce liseré surtout sur les parties latérales et postérieures du talon parce que c'est la région où la semelle kératosique est la plus épaisse et où les pressions sont plus fréquentes et plus fortes. Cette bordure érythémateuse se retrouve d'ailleurs dans tous les cas un peu accusés de kératodermie quelle qu'en soit la nature.

La kératodermie symétrique des adultes qui, au point de vue symptomatologique, se rapproche de la kératodermie congénitale et héréditaire, en diffère profondément par l'évolution. Elle apparaît dans l'âge adulte, dans des familles dont les autres membres sont indemnes ; elle ne se transmet pas aux enfants du malade ; enfin, tandis que la kératodermie symétrique des extrémités congénitale et héréditaire est essentiellement chronique, la kératodermie symétrique des adultes est toujours susceptible de guérison, parfois très rapidement en quelques semaines, parfois après plusieurs mois.

La kératodermie symétrique des extrémités apparaissant chez les adultes a été considérée par les auteurs comme « essentielle », ce mot voulant exprimer que nous n'en connaissons pas la cause. Certains auteurs en effet (Besnier) se basant sur la symétrie des lésions en font une affection trophoneurotique d'origine centrale ; mais aucune lésion anatomo-pathologique n'est venue contrôler cette affirmation ; d'autre part nous avons déjà vu que la constitution très spéciale de ces régions,

leurs fonctions physiologiques et professionnelles généralement similaires peuvent suffire dans bien des cas à expliquer la symétrie. D'autre part, le rôle des irritations locales ne peut être exclusivement invoqué, car si nous avons des cas où les hyperkératoses plantaires siègent uniquement au niveau des points de pression, nous en avons d'autres où cette hyperkératose s'est établie seulement autour de ces points ou au sommet de la voûte plantaire.

Enfin, les raisons tirées de l'existence d'une dystrophie cutanée locale ou d'une hyperkératose due à des *nœvi* épithéliaux congénitaux invoquées pour expliquer l'hyperkératose symétrique congénitale et héréditaire ou maladie de Unna ne peuvent bien entendu être invoquées ici, étant donné le caractère acquis de l'affection, son apparition à une époque de la vie généralement même assez éloignée de l'enfance.

Aussi le nom de kératodermie symétrique essentielle des adultes groupait-il une série de lésions hyperkératosiques palmaires et plantaires pour lesquelles aucune cause les expliquant ne pouvait être trouvée. Mais, ainsi qu'on était en droit de s'y attendre, ce groupe est allé constamment en se démembrant au profit du second groupe de la classification de Dubreuilh qui comprend les kératodermies symptomatiques.

1° Depuis longtemps on savait que l'*eczéma palmaire* peut prendre une forme fortement hyper-

kératosique au point de perdre tout caractère de l'affection primitive.

L'eczéma kératosique palmaire forme en effet des placards irréguliers mal limités parce que les lésions se dégradent à la périphérie; sur ces placards, l'épiderme corné est épaissi, dur, grisâtre, opaque, sec, coupé de crevasses superficielles dans tous les sens, de quelques rhagades plus profondes et douloureuses, correspondant ou non aux plis de flexion. Il n'y a pas de desquamation lamelleuse, mais l'épiderme corné se détache en blocs irréguliers ou en écailles épaisses.

A la plante, les caractères sont à peu près les mêmes, mais l'épaississement de la couche cornée est encore plus considérable. « Il se forme autour du talon une véritable coque, dure comme la pierre, épaisse de 5 à 6 mm., d'un gris plus ou moins noirâtre, découpée en blocs irréguliers par un quadrillage de crevasses avec des rhagades longues et profondes à direction variable pouvant rendre la marche impossible » (Dubreuilh).

Toutefois le prurit, bien qu'inconstant, peut atteindre un degré tel que l'on voit les malades se gratter constamment la paume de leur main contre tous les corps durs et les angles des meubles.

De même Kaposi signale une forme hyperkératosique de l'eczéma de la paume des mains et de la plante des pieds qu'il nomme eczéma tylosis.

La description que nous avons faite de ces lésions, rapprochée de celle faite plus haut de la kératodermie symétrique essentielle des adul-

tes, montre mieux que tout commentaire comment la confusion des deux affections a pu se faire en clinique et que, en dehors d'un prurit existant de temps en temps (signe d'ailleurs inconstant), seule l'apparition d'eczéma en d'autres points où l'apparition de vésicules similaires « semblables à des grains de semoule, qui se développant à la suite du grattage ou sous l'influence du savon de potasse » (Kaposi) puisse permettre d'éliminer, au profit de l'eczéma, le diagnostic de kératodermie symétrique essentielle des adultes jusque là porté. Aussi pourrons-nous lire dans l'article de Dubreuilh déjà cité que, parmi les cas rangés dans la kératodermie symétrique des adultes, il est certainement des eczémas non diagnostiqués ;

2° Le *lichen plan* nous fournit une histoire analogue. Le lichen plan palmaire fut pendant longtemps profondément méconnu ; le premier cas, ainsi que nous avons eu occasion de le signaler, fut publié par Hallopeau. Mais depuis, quelques observations furent relevées, établissant l'existence d'une forme hyperkératosique du lichen plan palmaire et plantaire capable de simuler une kératodermie symétrique des extrémités. Quelques cas avaient d'abord été signalés dans lesquels des lichens plans invétérés s'étaient accompagnés, en dehors de tout traitement arsenical, d'une hyperkératose palmaire et plantaire parfois très considérable. Témoin ce cas de Malcom Morris où un peintre âgé de 59 ans, présentait en même temps qu'un lichen plan persistant une hyperkératose palmaire

et plantaire. « Les deux paumes présentaient un épaississement de la peau qui était sèche, écailleuse et laissait voir des fissures. Aux plantes aussi, on constatait des hyperkératoses plus apparentes sous le talon ; cet état de choses durant depuis quatre mois ». Plusieurs observations de MM. Audry, Vidal et Whitfield ont mentionné l'existence de ces hyperkératoses palmaires et plantaires au cours des lichens plans généralisés. Mais d'un autre côté, on a publié une observation de kératodermies symétriques palmaire et plantaire où la lésion en apparence essentielle, était due à un lichen plan, car il était possible de trouver à un examen complet quelques éléments de lichen plan apparaissant par intervalle sur la face antérieure des poignets à la limite de l'hyperkératose, coexistant ou non avec des lésions buccales également typiques. Nous citerons en entier une observation de Brooke où le cas signalé apparaît avec une évidente netteté.

OBSERVATION IV

BROOKE (British Journal of Dermatology, 1891)

Il s'agit d'un manoeuvre de 34 ans qui vint à l'hôpital pour un épaississement de la plante des pieds, lequel l'empêchait de travailler en raison des souffrances qu'occasionnait le poids du corps portant sur les faces plantaires. Chez ce malade, seules étaient hyperkératosées les parties directement soumises à la pression de la chaussure, c'est-

à-dire la tête des métacarpiens, les parties saillantes des orteils et le talon tout entier. L'épithélium était très épaissi, mais ne présentait ni papules ni nodules ; bien au contraire, il était égal sur toute son étendue, excepté sur les parties latérales des talons, où il devenait excessivement dur et rugueux, ressemblant en quelque sorte à une masse de gomme adragante desséchée. Dans tout le reste de l'aire plantaire, sur la voûte du pied qui ne porte point dans la station debout, l'épithélium avait son épaisseur normale, mais la peau y était d'une coloration pourpre intense, en même temps que limitée par une ligne bien accusée.

Au dire du malade, l'affection s'était développée très graduellement, et complètement en dehors de toute éruption de la peau. Sans aucun doute notre malade n'avait jamais à sa connaissance présenté de maladie cutanée. Mais au-dessous de l'une des malléoles internes, l'on *découvrait cependant quelques papules* de lichen plan.

Cette observation vraiment typique et non isolée dans la science, montre bien que le lichen plan peut simuler une kératodermie symétrique essentielle des adultes et que, si les quelques papules de lichen plan qui existent en d'autres points du corps, ont disparu, si l'on ne recherche point systématiquement les lésions buccales, le diagnostic ne sera pas fait. Et il est bien permis d'induire que certains cas de kératodermies symétriques des adultes dits « essentiels » sont dus à du lichen plan méconnu.

3° Les *syphilides palmaires*, dans quelques cas, ont pu également donner l'aspect de kératodermies symétriques. Fournier distingue quatre types :

1. Type lenticulaire, débutant par une tache rouge (roséole palmaire) sur laquelle secondairement se forment des papules qui desquament :

2. Type en nappe.

3. Type circiné.

4. Type corné.

C'est ce dernier type qui nous intéressera. La papule syphilitique prend parfois à la paume une dureté singulière qui tient d'une part à la notable épaisseur des couches épidermiques stratifiées, d'autre part à la forte exubérance du néoplasme constituant la papule. Chez les sujets qui exercent une profession manuelle (blanchisseuses, terrassiers, hommes de peine, manœuvres, forgerons, etc...) les papules palmaires ou digitales se fendillent fréquemment au niveau des plis de flexion.

A la plante, l'hyperkératose est encore plus accusée. « L'exfoliation épidermique de ces plaques se fait par lambeaux plus épais qu'à la main, ce qui est tout naturel, vu l'épaisseur considérable de l'épiderme en cette région. Au talon, qu'elle occupe parfois en totalité, voire en remontant jusqu'au tendon d'Achille, la lésion est remarquable par l'épaisseur et la résistance de la couche cornée de la carapace qui la recouvre » (A. Fournier).

Le diagnostic est généralement possible par un examen approfondi du malade, la recherche d'autres lésions plus typiques, des stigmates de la sy-

philis, de l'histoire antérieure du malade. Mais si l'on songe que ces localisations palmaires et plantaires de la syphilis sont fréquemment des localisations isolées, que l'on peut n'avoir pas de stigmates et que bon nombre de syphilis, surtout chez la femme, sont parfaitement ignorées du malade d'ailleurs de bonne foi, on conviendra que dans la forme de syphilis palmaire à laquelle nous avons fait allusion, le diagnostic de kératodermie symétrique essentielle ait pu être porté.

4° De même le *pityriasis rubra pilaire* peut présenter des localisations palmaires et plantaires dont l'aspect est tout à fait remarquable. « La paume des mains est tout entière épaissie, recouverte d'une carapace cornée épaisse mais uniforme, souple, jaunâtre, translucide, à peine fendillée par des fissures obliques ou parallèles à la surface » (W. Dubreuilh). A la plante l'aspect est encore plus frappant ; l'hyperkératose y est tout à fait intense, constituant, suivant l'expression d'E. Besnier « à toute la plante du pied, une sorte de sandale kératodermique alors que aux extrémités du pied, des masses cornées exfoliantes atteignent plusieurs millimètres d'épaisseur ».

Il est vrai que la localisation isolée du pityriasis rubra pilaire à la paume et à la plante est extrêmement rare ; toutefois ce fait a été signalé : témoin le cas de W. Dubreuilh où un jeune garçon chez qui le pityriasis rubra pilaire se manifestait par poussées successives, présenta deux fois des lésions exclusivement limitées à la paume et don-

nant l'aspect classique déjà décrit de cette localisation.

5° Quant à la *kératodermie arsenicale*, son existence est maintenant bien établie et dans l'immense majorité des cas il est tellement facile, ne fût-ce que par un simple interrogatoire, de la rattacher à sa vraie cause que la confusion avec une kératodermie symétrique essentielle semble presque impossible. Ses caractères objectifs sont d'abord suffisamment caractéristiques : elle est précédée par un érythème desquamatif (paume rouge) bien connu comme un symptôme d'intoxication arsenicale; l'hyperkératose une fois établie est lisse, unie, sans plis, ni rhagades, très souple, d'un jaune ambré ; enfin cette nappe unie d'épiderme épaissi est *semée de nodules cornés*, gros parfois comme un pois, qui font saillie sur la surface palmaire ou plantaire et qui sont soit isolés soit groupés en placards. Ces nodules sont tout à fait caractéristiques. En outre, la kératodermie ainsi constituée, intense et tenace, n'apparaît que dans les intoxications arsenicales prolongées, très facilement retrouvées dans l'histoire des malades et s'accompagne d'autres manifestations toxiques (mélanodermie en particulier). Parfois enfin l'épithélioma s'est greffé sur ces lésions (cancer arsenical d'Hutchinson).

Remarquons toutefois que la kératodermie peut être restée longtemps la seule manifestation de l'intoxication arsenicale et que cette intoxication peut avoir été méconnue. Mais ces faits sont très rares.

Remarquons également que le traitement arse-

nical étant fréquemment indiqué au cours des dermatoses chroniques, la kératodermie arsenicale pourra apparaître au cours de l'évolution et qu'un point délicat de diagnostic différentiel se pose pour savoir si l'on doit rattacher cette kératodermie à l'intoxication ou à la dermatose elle-même. Enfin, si bien établie que paraisse à l'heure actuelle l'existence de cette lésion, nous devons mentionner la proximité de son apparition dans la nosographie. Bien que mentionnée par Wilson en 1871, elle ne fut bien établie que par Hutchinson en 1887. En Angleterre, des observations de Brooke, Crocker et Pringle donnèrent des cas typiques. En France cette manifestation de l'arsenicisme chronique ne fut admise que plus tard ; parmi les premiers défenseurs se trouvent Besnier, Gaucher et Barbe, Mathieu, Brocq qui en 1894 publièrent les premières observations. C'est donc depuis peu que ces kératodermies symétriques, symptomatiques d'une intoxication, ont été isolées du groupe de la kératodermie symétrique essentielle des adultes.

6° Enfin, signalons la *kératose blennorrhagique* dont le premier cas fut publié par Vidal, dont il existait 12 cas en 1907 ; 17 cas en 1912 ; dont on trouve à l'heure actuelle une vingtaine d'observations ; cette manifestation qui survient dans les blennorrhagies graves avec arthropathies, déchéance organique, cachexie est très facilement diagnostiquable ; mais de même que l'intoxication arsenicale, quoiqu'à un degré moindre, elle peut venir modifier le diagnostic des kératodermies sy-

métriques apparues au cours de certaines dermatoses.

7° Dans ces dernières années, Brooke a isolé un type de kératodermie symétrique des extrémités. Il lui a donné le nom d'*érythème kératosique*, réunissant ainsi dans cette appellation deux des principaux caractères de la maladie. Les cas publiés sont survenus chez des personnes n'ayant aucun antécédent dermatologique à signaler.

La lésion débute par des papules rouge foncé, infiltrées, saillantes, douloureuses siégeant sur la paume et à la plante. Ces plaques grandissent, leur centre se couvre d'une couche cornée épaisse; graduellement elles confluent et la période d'état est atteinte en 2 ou 3 mois.

Alors l'aspect est celui d'une kératodermie symétrique essentielle. « On trouve la face palmaire des mains et des doigts tapissée d'une couche cornée épaisse de plusieurs millimètres, jaune, ambrée, compacte, un peu bosselée et coupée de rhagades aux plis. Dans les points où l'hyperkératose n'est pas très accusée, elle laisse transparaître la rougeur du derme. Tout autour des plaques cornées existe une bordure érythémateuse foncée de 1 cm., infiltrée et douloureuse. Sur la face dorsale des doigts, surtout au niveau des jointures, se trouvent quelques élevures arrondies, rouges, surmontées d'une couche cornée épaisse et dure » (Dubreuilh). A noter que les paumes sont le siège d'une sensation de chaleur cuisante et douloureuse à la pression. Les lésions des pieds sont compara-

bles en tout point : cuisson et chaleur rendent la marche impossible.

Pas d'hyperhidrose ni de troubles de la sensibilité.

La marche est rapide ; la guérison spontanée possible (en une ou plusieurs années) ; l'action des kératolytiques (ichthyol, acide salicylique) efficace.

En somme, ce qui caractérise cette forme, c'est son évolution rapide, l'érythrodermie du début, la douleur et la cuisson qui ne se retrouvent pas dans la kératodermie « essentielle ».

Bien entendu, les papules du début n'ont aucune allure psoriasiforme.

8° Mais il est une forme sur laquelle les auteurs ont peu insisté et sur laquelle nous voudrions attirer l'attention, c'est la *forme hyperkératosique du psoriasis palmaire et plantaire*. Nous voudrions, au cours de ce chapitre, montrer les rapports qui unissent le psoriasis avec certaines kératodermies symétriques des extrémités et, à la lueur du cas de M. le Professeur Nicolas dont nous avons publié l'observation, établir l'existence de cette forme, le fait qu'elle peut en imposer durant de longs mois pour une kératodermie symétrique des extrémités et la nécessité d'admettre que, dans le groupe des kératodermies symétriques des extrémités dites « essentielles », on classe à l'heure actuelle des lésions qui ne sont que du psoriasis. En un mot ce que nous avons vu déjà établi et généralement admis pour l'eczéma palmaire et plantaire, le lichen

plan, le pityriasis rubra pilaire, etc., de ces régions nous voudrions le démontrer pour le psoriasis.

Classiquement, le diagnostic différentiel entre un psoriasis palmaire et plantaire et une kératodermie semble tellement s'imposer qu'il est à peine jugé digne d'une mention. Nous l'avons déjà signalé à propos du diagnostic du psoriasis palmaire, dans une première partie de notre travail. Résumons-nous en quelques mots : nous connaissons l'aspect d'une kératodermie palmaire et plantaire, cette hyperkératose énorme généralisée à toute la région, lisse ou plus souvent fissurée de plis et de rhagades qui découpent des blocs cornés polygonaux, l'aspect hyperkératosique conservé lorsque les lésions, débordant la paume, envahissent le dos de la main ou des doigts, formant autour des articulations métacarpo-phalangiennes ou interphalangiennes de véritables bagues cornées.

Rien de tout cela dans le psoriasis palmaire ; seule la bordure est nettement hyperkératosique, le centre du placard présente une épiderme rouge, aminci, fortement desquamé. Lorsque, ainsi que cela se rencontre fréquemment, la lésion dépasse les limites de la paume ou de la plante, l'aspect se retrouve d'un psoriasis vulgaire ; enfin fréquemment, les lésions unguéales sont caractéristiques. Mais il n'en est pas toujours ainsi et le psoriasis, qui donne généralement une desquamation intense caractéristique dans ses formations typiques, peut à la paume et à la plante donner seulement de l'hyperkératose. Pour établir ce fait voici le plan que nous suivrons :

1° Il y a des cas de psoriasis généralisés qui coïncident avec l'existence de kératodermies symétriques palmaires et plantaires apparues à un moment donné de l'évolution de ces psoriasis ;

2° Le psoriasis palmaire et plantaire classique peut à un moment donné de son évolution prendre l'aspect hyperkératosique ;

3° Le psoriasis palmaire et plantaire peut se manifester primitivement sous une forme hyperkératosique donnant l'aspect d'une kératodermie symétrique des extrémités.

1° COEXISTENCE D'YPERKÉRATOSES PALMAIRES ET PLANTAIRES AVEC DES PSORIASIS INVÉTÉRÉS

L'apparition de lésions hyperkératosiques de la paume des mains et de la plante des pieds chez des psoriasiques est un fait relativement fréquent. Si nous consultons les leçons de clinique dermatologique de Kaposi, dans la traduction de Besnier et Doyon, nous lisons qu'il y a des « psoriasiques et des eczémateux qui ont d'énormes callosités de la paume des mains et de la plante des pieds avant d'avoir pris une trace d'arsenic ; on observe cet état, ajoute Kaposi, dans tous les cas à hyperhémie chronique, avec ou sans exsudation exagérée. »

Il semble donc que tous les dermatologistes aient eu occasion d'observer cet état-là et que toutes les observations n'ont pas été jugées dignes d'être publiées, ainsi qu'en témoignent les lignes précédentes ; on pourra remarquer d'ailleurs que, dans les observations que nous avons données, la publication était faite non à cause du fait de la coexistence de l'hyperkératose palmaire et plantaire avec le psoriasis, mais parce que le psoriasis, soit par sa ténacité soit par l'étendue ou la forme de ses lésions, présentait quelque particularité digne de remarque.

Tout d'abord nous devons distinguer deux cas très différents d'hyperkératose palmaire et plantaire chez les psoriasiques :

1° Ceux où la kératodermie symétrique est apparue après un traitement arsenical, une blennorrhagie ou toute autre cause capable d'expliquer cette kératodermie symétrique ;

2° Ceux où la kératodermie symétrique des extrémités apparaît simplement et exclusivement liée à l'évolution d'un psoriasis.

1° Se rattachant au premier groupe de cas, nous avons trouvé très facilement dans la littérature une série d'observations ; nous en reproduisons quelques-unes qui nous ont semblé particulièrement typiques.

OBSERVATION V

Epithélioma survenu à la suite du psoriasis ; son origine arsenicale

B. HARTZELL (Transactions of the American Dermatological Association 1899).

Une femme de 35 ans, présentait à la partie externe du talon gauche un ulcère de deux pouces de diamètre, très creux au centre, mais avec des bords plats et très douloureux ; dans le voisinage se trouvait un autre ulcère analogue, mais beaucoup plus petit. *La plante des deux pieds présentait une hyperkératose considérable formant une plaque sous le talon et des nodules gros comme des pois sous l'avant-pied.* La paume des mains présentait la même hyperkératose avec des petites saillies cornées grosses comme des grains de plomb. Sur la

face palmaire des doigts plusieurs petits ulcères superficiels très douloureux avaient remplacé des nodules cornés. Sur le sein gauche on remarquait une plaque ovale, rouge, épaisse, croûteuse commençant à s'ulcérer. Dans l'aîne gauche, une tumeur ganglionnaire du volume d'une petite orange, dure, mais ramollie au sommet. En différentes parties du corps se trouvaient des plaques de psoriasis.

La malade avait commencé à 14 ans à avoir du psoriasis, qu'elle a traité par l'arsenic à hautes doses pendant de longues périodes. Vers l'âge de 24 ans, se sont montrées de petites saillies cornées sur les paumes et sur les plantes ; puis plus récemment des ulcérations qui occupaient le siège des nodules cornés. Vers la même époque est apparu un ulcère au talon gauche qui s'est cicatrisé après un curettage. Un an après s'est montré l'ulcère actuel que rien n'a pu guérir et, peu de temps après, l'adénopathie inguinale. Celle-ci s'est ouverte, ulcérée, et la malade est morte cachectique au bout de deux mois. L'examen microscopique de l'ulcère du talon a montré qu'il s'agissait d'épithélioma.

Cette observation nous montre bien qu'à un stade de son histoire, la malade était une psoriasique avec hyperkératose palmaire et plantaire.

Mais d'autre part il n'est pas possible de rattacher son hyperkératose à une autre cause que l'intoxication arsenicale. Tout le prouve :

1° Absorption d'arsenic à hautes doses pendant de longues années ;

2° Caractères morphologiques de cette hyperkératose palmaire et plantaire qui est unie avec, par places, des nodules cornés gros comme des pois, fait caractéristique de la kératose arsenicale :

3° Transformation de ces nodules cornés en épithélioma.

OBSERVATION VI

(Résumée).

WHITE (Transactions of the American dermatological Association, 1899).

White rapporte le cas d'un homme, atteint de psoriasis, longtemps traité par l'arsenic. Il survint une *hyperkératose palmaire et plantaire, puis un épithélioma d'un orteil*. Celui-ci fut amputé il y a treize ans. La guérison s'est maintenue ; depuis il a cessé de prendre de l'arsenic.

OBSERVATION VII

Pigmentation et Kératose arsenicale

(Johns Hopkins Hospital, Bulletin, 1913).

Un homme de 42 ans, atteint de psoriasis, prend depuis dix ans de la liqueur de Fowler d'une façon presque continue à la dose de 15 à 24 gouttes par jour. Depuis une époque qu'il ne peut pas déterminer avec précision, il présente une mélanodermie généralisée et de l'*hyperkératose des paumes et des plantes* qui s'est graduellement accrue. Depuis quelques mois il a de l'ascite, un peu

d'œdème des jambes, de la toux et de l'oppression. Toute la surface du corps est brunâtre et par places presque noire; la couleur n'est pas uniforme, car il y a des macules arrondies qui tranchent sur le fond sombre et d'autres macules plus foncées. Les parties les moins atteintes sont la face qui paraît sale avec des taches de rousseur, les avant-bras et les jambes qui sont très peu colorés et les mains et les pieds qui sont indemnes. En revanche les parties les plus foncées sont le cou, surtout en arrière et sur les côtés; les aisselles, les aréoles des mamelons, les régions hypogastriques et inguinales avec la face externe des cuisses qui sont presque noires. Sur la paume des mains l'épiderme corné est très épaissi; sur les paumes, les faces latérale et dorsale des doigts on trouve des nodules cornés d'apparence verruqueuse, du volume d'une tête d'épingle à un pois. Les plantes sont plus épaissies encore avec des nodules cornés de volume variable; les ongles sont normaux. A la partie antérieure de l'épaule droite est une tumeur verruqueuse arrondie qui présente au microscope la structure d'un papillome.

Cette observation d'hyperkératose palmaire chez un psoriasique ne peut être également interprétée que comme nous présentant une hyperkératose d'origine arsenicale. Nous trouvons encore réunis : 1° Une intoxication chronique; 2° une hyperkératose avec nodules cornés; 3° une mélanodermie généralisée qui ne peuvent nous laisser aucun doute à cet égard.

OBSERVATION VIII

Psoriasis atypique dans l'intoxication arsenicale chronique

ARTOM. (Giornale italiano delle malattie veneree et della pelle)

Homme de 36 ans, atteint depuis douze ans de lésions cutanées pour lesquelles il a pris presque constamment depuis le début de la liqueur de Fowler à doses croissantes de 1 à 25 gouttes, puis décroissantes de 25 à 1 goutte ; le médicament a cessé d'agir favorablement depuis quelque temps. Les lésions cutanées se traduisent par : 1° au début, des papules planes de la largeur d'une lentille, recouvertes de squames blanchâtres devenant amiantacées par le grattage et donnant lieu par le grattage à une pellicule, puis à des hémorragies capillaires ; 2° de grosses taches squameuses, ovalaires ou circulaires dont quelques-unes dépassent la largeur d'une pièce de 10 centimes ; 3° des efflorescences saillantes à forme conoïde, ostréiformes, de coloration gris brunâtre ; 4° un stade de résolution dans lequel on voit autour des taches un cercle d'efflorescences recouvertes de squames et donnant l'impression de lésions circonées.

Aux régions palmaires et plantaires, épaisse couche cornée hypertrophiée de coloration brun foncé, à surface inégale et comme formée de petites têtes de clous cassés sous l'épiderme ; hyperhidrose palmaire.

Dans l'intervalle des éléments, très nombreuses macules hyperchromiques lentiformes. Dans les sé-

jours ultérieurs du malade à l'hôpital, la pigmentation était plus apparente par suite de la réduction du nombre des efflorescences cutanées ; en outre de nombreux éléments sur le tronc devinrent papuleux et lichénoïdes.

Comme dans l'observation précédente, nous avons une hyperkératose palmaire et plantaire. Mais l'existence d'une intoxication arsenicale chronique, les caractères objectifs de l'hyperkératose, la pigmentation nous obligent à conclure à une kératose arsenicale.

Ces observations de kératose arsenicale sont surtout fréquentes dans la littérature étrangère. Les auteurs anglais en particulier ont attiré l'attention sur elle et plus spécialement insisté. Toutefois il nous est possible de relever en France des observations se rapportant au groupe de cas que nous venons de citer. Témoin le cas suivant :

OBSERVATION IX

**Psoriasis traité par l'arsenic, mélanodermie et kératose précan-
céreuse arsenicale**

Mme EYRAND (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1910).

Maurice B..., bijoutier, 31 ans, vient consulter pour une blennorrhagie avec cystite. C'est par hasard que l'on découvre chez lui une mélanodermie et une kératodermie arsenicale typiques. Interrogé, il nous apprend qu'il est psoriasique et prend depuis trois ans de la liqueur de Fowler.

Son psoriasis a débuté à l'âge de 14 ans et pendant dix ans, il s'est traité par les pommades cadiques habituelles avec améliorations passagères sans guérison. Il y a trois ans, il essaie la liqueur de Fowler qui, en sept à huit jours, fait disparaître le psoriasis.

Depuis cette époque — juin ou juillet 1907 — il prend 15 à 20 gouttes de liqueur de Fowler par jour, trois semaines par mois, allant parfois jusqu'à 33 gouttes dose maxima ; soit environ 750 centimètres cubes ou 7 à 8 grammes d'acide arsénieux en trois ans.

Dès le début, l'absorption de la liqueur de Fowler s'accompagne de diarrhée qui cesse dans les phases de repos.

Il y a 18 mois environ, le malade constate l'apparition d'une hyperhidrose plantaire qui cesse 5 ou 6 mois plus tard, au moment d'une *production d'une couche cornée à la face plantaire des deux pieds ; peu de temps après, mêmes formations à la face palmaire de la main droite d'abord, puis 3 ou 4 mois plus tard de la main gauche*. La pigmentation n'aurait débuté que plus récemment et daterait de 7 à 8 mois.

Actuellement on note une pigmentation brune, foncée, sur tout le corps ; plus accentuée sur le tronc et notamment sur les flancs. Sur le fond pigmenté, se détachent de nombreuses taches claires, de la dimension d'une tête d'épingle, parfois d'une lentille, donnant à la peau un aspect moucheté. Il n'y a ni desquamation, ni épaissement de la peau

Sur la poitrine une dizaine de plaques de psoriasis, le malade ayant cessé son traitement depuis 3 semaines.

La muqueuse buccale est indemne.

Les mains sont inégalement atteintes. A droite, la paume dans sa presque totalité est sèche, dure, rugueuse; il y a hyperkératose diffuse; de plus on note un semis de productions cornées d'aspect différent. Les unes récentes sont petites, indolores, dures, font une saillie jaunâtre du volume d'une tête d'épingle, leur surface laisse détacher quelques squames fines au grattage méthodique; elles ne sont pas énucléables. Les autres plus anciennes, plus volumineuses, douloureuses à la pression sont noirâtres, fissurées. En quelques points, notamment à la face palmaire de la première phalange du médius et de l'index, on se demande s'il n'y a pas déjà transformation épithéliale.

D'autres enfin, surtout à la face dorsale, où on en trouve trois ou quatre, sont plus étalées, moins saillantes et ressemblant davantage à la verrue banale.

La main gauche est beaucoup moins atteinte; la paume est souple sauf aux plis de flexion, les productions cornées sont moins nombreuses; pourtant l'une d'elles, face palmaire du pouce, paraît à un stade très avancé; c'est peut-être déjà une hyperkératose diffuse beaucoup plus marquée au talon et à la partie antérieure; il n'y a aucun nodule verruqueux, la face dorsale est normale.

Remarquons de suite que la pression et le frot-

tement paraissent favoriser le développement de l'hyperkératose ; la main droite est plus atteinte que la gauche, les points d'appui des pieds sont plus lésés que leur partie moyenne.

A part ces lésions, on ne trouve aucun autre signe d'intoxication arsenicale. Un examen du fond d'œil a montré que les membranes profondes sont fortement pigmentées mais normales. Il y a intégrité absolue du nerf optique malgré l'énorme quantité d'arsenic absorbée.

Ici encore, on est fatalement conduit à rattacher la kératodermie palmaire et plantaire à l'intoxication arsenicale, cela ne saurait faire aucun doute.

Donc il résulte bien de tous ces faits que, chez des psoriques longtemps soumis à un traitement arsenical, il peut apparaître des symptômes d'intoxication parmi lesquels la kératodermie symétrique palmaire et plantaire se montre fréquemment. Cette lésion doit être rattachée à sa vraie cause qui est l'intoxication arsenicale, car elle paraît absolument indépendante du psoriasis. On la voit survenir en effet :

1° Dans d'autres dermatoses où l'on a fait un usage prolongé de l'arsenic : lichen plan en particulier (cas de Brooke, d'Audry, etc.) ;

2° Dans des intoxications professionnelles où le porteur était par ailleurs absolument indemne de toute dermatose ; cas de Gaucher et Barbe où il s'agissait d'un ouvrier d'une fabrique de vert de Schweinfurth ; cas de Geyer, qui rapporte une

épidémie d'arsenicisme chez des ouvriers extrayant du minerai d'or arsenical, en Silésie.

Remarquons tout de suite que, dans l'immense majorité des cas, il est impossible de ne pas rattacher la kératose à l'arsenic.

Nous avons vu, en effet, dans toutes les observations les faits suivants :

1° Les caractères morphologiques de la kératodermie qui est lisse sans fissure avec des nodules cornés caractéristiques attirent immédiatement l'attention ;

2° Presque toujours on trouve d'autres signes de l'intoxication arsenicale chronique : mélanodermie, cancer arsenical d'Hutchinson ;

3° Enfin, un simple interrogatoire fait révéler au malade l'existence de son intoxication chronique.

De toute façon, ces cas sont donc très faciles à isoler.

Toutefois il arrive que le diagnostic étiologique devienne délicat et nous devons signaler le cas où l'influence d'une intoxication arsenicale chronique sur l'apparition d'une kératodermie symétrique palmaire et plantaire reste discutable. Mais ces cas, on le conçoit, ne peuvent être que très rares.

Mais, en dehors de toute influence secondaire, il y a des psoriasiques qui présentent à un moment donné de leur vie une hyperkératose palmaire et plantaire. Nous avons pu grouper quelques obser-

vations publiées par différents auteurs ; on pourra voir très facilement que dans l'histoire des malades aucune cause toxique ou autre n'est capable d'expliquer cette kératodermie symétrique.

OBSERVATION X

HALLOPEAU et LEMIERRE.

Nous avons déjà reproduit cette observation à propos des psoriasis atypiques (obs. II). Nous rappelons que chez un malade psoriasique depuis 15 ans il est survenu une *kératodermie plantaire*. « Au pied on constate que tout l'épiderme est épaissi et en train de s'exfolier, il se soulève en certains points, formant de véritables petites tumeurs dures et cornées. Cet aspect est très marqué au niveau de la face plantaire des orteils. »

Sur la face palmaire des mains existent de nombreux éléments de psoriasis semblables à ceux qu'on trouve sur le reste du corps.

OBSERVATION XI

Psoriasis généralisé avec callosités palmaires

KAPOSI. (Société viennoise de Dermatologie, 1894)

Kaposi présente à la société un malade « atteint de psoriasis généralisé avec callosités intenses de la paume des mains et de la plante des pieds. L'épiderme est toujours tendu avec rougeur uniforme. Sur les membres la tuméfaction adémateuse dimi-

nue peu à peu ; elle était si intense qu'il fallait s'abstenir d'appliquer les remèdes habituels. Tandis qu'autrefois nous étions obligés d'avoir recours à des pansements émollients et compressifs, la maladie en est actuellement à ce point qu'on peut employer alternativement l'huile de cade, la pommade de Wilkinson et l'acide pyrogallique. Quant aux mains, sur lesquelles le malade met depuis quelques jours des gants de caoutchouc, l'épiderme commence à macérer de sorte qu'actuellement il s'en sert un peu ; actuellement les mains sont d'une pâleur cadavérique, froides, avec quelques traînées rouges. En certains points la callosité est encore très épaisse, à ce point qu'elle exerce une compression qui met obstacle à la circulation. »

Kaposi présente donc un psoriasis généralisé aigu, particulièrement intense et qui est atteint en même temps d'une hyperkératose palmaire et plantaire.

OBSERVATION XII

Psoriasis anormal comme début, siège et évolution chez un arthritique invétéré

MOREL-LAVALLÉE. (Société de Dermatologie et Syphiligraphie, 1891)

M..., forgeron, a été soigné en juillet 1888, dans le service de M. le professeur Fournier, parce que ses mains et ses pieds le faisaient alors souffrir et l'empêchaient de travailler et de marcher. Voici son observation lors de son entrée à l'hôpital Saint-Louis.

C'est un homme grand, vigoureux, très gros, pesant, dit-il, plus de 200. Mère morte à 82 ans d'un coup de sang. Père et grand-père morts d'apoplexie ; le père avait eu plusieurs attaques.

Homme corpulent, face couperosée. Pas de maux de tête ; épitaxis fréquents.

A 25 et 26 ans, deux attaques de goutte limitées aux deux orteils.

Le thorax, mais surtout le dos, est criblé d'acné polymorphe, noueuse, tubéreuse, etc.

Les jambes sont variqueuses ; ébauche de varicocèle à droite. Fort buveur (cauchemar nocturnes, pituites matinales, tremblement des mains).

Il y a 5 ans, il eut une attaque d'apoplexie pour laquelle on lui mit des ventouses sur le thorax. Nouvelle chute il y a 3 ans et demi ; chute en arrière sur les coudes.

C'est seulement à cette époque, pendant sa convalescence et alors qu'il était encore couché, qu'est apparue l'éruption de psoriasis que nous constatons actuellement. Elle débuta à la face palmaire des mains et plantaire des pieds et au cuir chevelu, pour évoluer progressivement et atteindre l'état actuel sans qu'il y ait jamais eu ni guérison, ni extension des lésions sur le reste de la peau, pas même d'éruption ponctuée lorsqu'a commencé le psoriasis.

Il en existe deux placards limités au coude qui datent également de la même époque, les rougeurs squameuses ayant, dit-il, apparu alors que la peau des coudes excoriée par la chute se cicatrisait.

Voici la description des lésions psoriasiques telles que nous les constatons aujourd'hui.

Mains. — Elles présentent à la face palmaire un épaissement épidermique en nappe d'un rouge carminé à bords festonnés, absolument nets, empiétant sur la face dorsale des doigts qui sont intéressés jusqu'à leur extrémité. La surface rouge est recouverte non pas de fissures sèches et calleuses, mais de croûtelles squamelleuses, abondantes, stratifiées, sèches, cassantes, micacées.

La rougeur vive de la région, la blancheur micacée des squames, l'étendue de la lésion — jointes aux altérations unguéales, imposent dès l'abord le diagnostic de psoriasis, à l'exclusion de celui d'arthritide ou d'eczéma palmaire — le diagnostic de syphilide devant être rejeté dès le premier examen.

Les lésions des ongles sont, en effet, caractéristiques. Epaissement feuilleté sous-unguéal, soulevant l'angle normal lequel est déformé, opaque, jaunâtre, cassant. Au niveau de la lunule, les ongles sont striés en travers et déprimés. Les lésions unguéales bien manifestement sont une continuation de celles de la peau voisine : la rougeur psoriasique, en effet, au niveau des dernières phalanges, respecte la face palmaire pour envahir presque uniquement la face dorsale où elle n'est très squameuse qu'à la naissance des ongles.

Pieds. — Les lésions sont exactement semblables à celles des mains, symétriques comme elles, comme elles bien limitées à la face plantaire sauf au

niveau des dernières phalanges et des ongles ; seulement ici la rougeur a disparu et l'épaississement corné est bien supérieur à ce qu'il est aux mains. Les ongles sont pris même plus qu'aux mains. En effet, toute l'extrémité du doigt est encapuchonnée par l'épaississement psoriasique qui fait corps avec l'ongle recouvert par lui, de telle façon qu'en enlevant un copeau à la face plantaire on enlèverait du même coup, en insistant, l'ongle avec la partie dorsale du copeau.

Concurremment avec les localisations anormales du psoriasis, signalons tout de suite des papules rouges à peine squameuses constellant le gland habituellement découvert ; elles sont fort peu squameuses et absolument syphiloïdes.

Le scrotum et surtout les plis inguino-scrotaux sont envahis par une nappe rouge de psoriasis suintant abondamment, de telle façon qu'après décapage il serait impossible de le différencier d'un eczéma intertrigineux. Cette tendance intertrigineuse existe même aux espaces interdigitaux, mais ne se retrouve pas au pli du cou, aux aisselles, aux plis auriculaires, ni sous les seins.

Cela dit, nous retrouvons aussi des localisations usuelles, à savoir :

- 1° Sur tout le cuir chevelu (quelques papules sur le pavillon et au conduit auditif externe) ;
- 2° Placards discrets, arrondis aux coudes ;
- 3° Au sacrum, une nappe rouge étalée ;
- 4° Quelques taches au dos et sur la cuisse ; les genoux sont intacts.

Sans vouloir faire d'assimilation nosologique, mentionnons pour être complets, une ébauche de triangle tylosique à chaque commissure buccale.

Cette observation très intéressante à beaucoup de points de vue nous montre :

1° Un malade atteint de psoriasis depuis trois ans ;

2° Des placards typiques aux points d'élection ;

3° Un psoriasis palmaire net ;

4° Une kératodermie symétrique plantaire.

Tous ces éléments étant apparus dans divers moments de l'évolution et coexistant à l'époque où l'observation fut prise.

Le fait qui nous semble particulièrement digne de remarque est la présence simultanée du psoriasis palmaire et de la kératodermie plantaire, cette dernière étant survenue quelques années après l'apparition d'un psoriasis plantaire.

OBSERVATION XIII

VASILE. (Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma, 1896).

Femme de 39 ans, atteinte depuis trois mois de psoriasis généralisé ; légère paralysie faciale droite ; atrophie notable des muscles de la région palmaire ; sensibilité tactile légèrement diminuée sur toute la surface du corps, principalement sur les mains, sensibilité thermique et douloureuse diminuée au niveau des mains et des pieds, rétrécis-

sement et hyperkératose de la peau des régions palmaires. La malade est soumise au traitement local par la chrysarobine, aux injections de sublimé et aux injections d'extrait glycéринé d'ovaire de chèvre et de truie. Disparition des lésions psoriasiques ; amélioration sensible des autres lésions cutanées et musculaires (en particulier de l'hyperkératose palmaire).

Il est remarquable dans cette observation de voir l'hyperkératose palmaire s'améliorer parallèlement avec les lésions psoriasiques sous l'influence d'un même traitement général.

Observations de Schutz (*Versammlung Deutscher Naturforscher und Erzte*, sept. 1898).

Schutz a observé trois cas où une leucoplasie buccale coïncidait avec un psoriasis cutané ; dans deux de ces cas il y avait également coexistence d'une hyperkératose de la paume de la main.

Ces observations relatées, nous devons mentionner que cette coexistence est certainement plus fréquente qu'on ne le signale ; car, dans toutes les observations que nous avons relevées, l'hyperkératose palmaire et plantaire n'était signalée qu'incidemment, à propos de psoriasis par ailleurs dignes d'être publiés. Nous avons déjà cité la phrase de Kaposi : « On rencontre des psoriasis qui, en dehors de toute absorption d'arsenic, ont des cal-

losités énormes de la paume des mains et de la plante des pieds ». Kaposi signale d'ailleurs le fait comme fréquent. Toutefois les quelques observations que nous venons de rapporter ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence de ces kératodermies symétriques dans les psoriasis, en dehors de toute cause étrangère susceptible de les provoquer. Aucun des malades signalés n'avait pris d'arsenic ; aucun d'eux n'était atteint de blennorrhagie virulente au moment de l'observation ; la fréquence des cas exclut l'hypothèse d'une coïncidence.

Il semble bien qu'il y ait un rapport direct entre le psoriasis et ces formes de kératodermie. Quel est ce rapport ? Nous essaierons de l'établir après avoir examiné les psoriasis hyperkératosiques.

2° PSORIASIS PALMAIRES ET PLANTAIRES HYPERKÉRATOSIQUES

Il est déjà bien connu que le psoriasis peut en un point quelconque du corps prendre une allure hyperkératosique.

Nous pouvons en effet dire que, au point de vue anatomo-pathologique, le psoriasis s'accompagne d'une hyperproduction cornée considérable. Mais, en même temps, surviennent des anomalies dans la kératinisation ; les noyaux persistent dans cette couche cornée, mais ils sont petits, opaques, comme racornis. La persistance de filaments unitifs, que l'on trouve dans la couche cornée normale, n'existe pas. Aussi cette couche cornée présente-t-elle une friabilité anormale. L'on se trouve en présence de strates feuilletées, accumulées en plus ou moins grand nombre et dont l'usure est extrêmement facile, par suite de la déviation de la kératinisation. Ainsi l'usure exagérée compense l'hyperproduction cornée, et l'on se trouve en présence de la lésion classique, bien connue, fortement desquamante de la plaque psoriasique.

Mais il arrive dans certains cas que l'hyperproduction cornée ne s'accompagne pas d'une usure exagérée. Alors les squames s'accumulent de manière à donner un aspect corné aux plaques psoriasiques. Ce sont les psoriasis rupoides des auteurs anglais. Audry fait remarquer que, sous le nom de psoriasis rupoïde, on englobe des cas bien

différents. Pour lui, le psoriasis rupoïde de Fox et Anderson « est un psoriasis infecté au premier chef ». Mais à côté, il reconnaît l'existence de « cornes psoriasiques » qui rentrent dans les cas que nous décrivons.

Le cas de Gassmann nous paraît particulièrement typique.

Casuistische Beiträge zur Psoriasis

GASSMANN (Archiv. für Dermatologie und Syphilis, 1898).

Petite fille de 12 ans ayant sur le cuir chevelu deux grosses cornes et deux petites consistant en masses cornées grises, de forme conique. Ces cornes sont traversées par les cheveux ; les autres parties du cuir chevelu présentent peu de squames. Il y a des plaques de psoriasis typiques sur d'autres régions. On sectionne les deux plus grosses cornes au niveau de la peau sans éprouver une grande résistance et sans que la malade accuse aucune sensation. La surface de section est lisse, peu sanguinolente.

On détache les autres cornes avec de la vaseline boriquée. Au-dessous le chorion est humide, non saillant, légèrement sanguinolent.

Un mois plus tard, il survient sur le front et le visage de nouvelles efflorescences typiques de psoriasis. Le diagnostic n'était donc difficile qu'au premier coup d'œil ; il fut du reste confirmé par l'examen microscopique.

De cette observation bien nette, on peut rapprocher des faits analogues de M. Call Anderson ; le cas rapporté par Audry, d'une fillette de 11 ans, chez qui un élément corné de ce genre fut pendant de longs mois la seule efflorescence apparente d'un psoriasis.

Ainsi se trouve établi le fait qu'un psoriasis peut en certains endroits donner des éléments hyperkératosiques, alors qu'en certains points il y a des placards types.

De même le psoriasis palmaire pourra prendre à un moment donné une forme hyperkératosique.

L'observation suivante de Gaucher et Hermary nous donnera un exemple net.

OBSERVATION XIV

Psoriasis palmaire atypique kératosique

Par GAUCHER et HERMARY

(Société de Dermatologie et Syphiligraphie, 1897).

Homme de 46 ans. Début du psoriasis palmaire à 30 ans, bilatéral.

Chaque année une ou deux poussées, quelquefois quatre. A 31 ans, il n'a encore que du psoriasis palmaire, rien sur le reste du tégument, ni aux pieds. En 1888 poussée double de psoriasis palmaire, poussée double de psoriasis plantaire, éléments psoriasiques aux coudes et aux yeux.

Etat actuel. — Placard de psoriasis nummulaire typique au niveau de l'olécrâne du côté gauche. Croûte blanche, sèche, épaisse, plus grande qu'une

pièce de 5 francs, se fendillant au niveau des plis de la peau ; se détache en lamelles. Sur les bords desquamation en fines lamelles. La peau sous-jacente est rouge, légèrement saillante. Collerette rouge à la périphérie de la squame. Par le grattage on fait saigner les papules excoriées.

Sur la face antérieure du thorax, il y a un élément de psoriasis guttata. Quelques éléments de même nature à la partie inférieure de la face antérieure de l'avant-bras gauche.

Les deux mains sont entr'ouvertes, le malade n'a que des mouvements très limités. Il ne peut fermer la main à cause de l'épaississement de la peau en bourrelet au-devant de la tête des métacarpiens. Il ne peut ouvrir la main car l'extension produirait des fissures épidermiques.

Dans la paume de la main, et sur les éminences thénar et hypothénar les éléments rappellent à s'y méprendre ceux de la syphilide palmaire papuleuse.

On observe un grand nombre de papules, peu saillantes, arrondies, de la dimension d'une lentille, d'une couleur grisâtre, entourées d'une zone irrégulière où la peau est rouge pâle. Entre ces points sont plusieurs éléments où les lignes inter-papillaires du derme sont comme blanchies à la craie. Au toucher ces éléments ont une consistance spéciale, les papules sont dures, cornées, tandis qu'autour de chacune d'elles la peau est souple.

A la racine de l'éminence thénar du côté gauche, est une petite surface arrondie, de un centimètre

de diamètre, dont l'aspect rappelle ce que l'on voit après l'enlèvement par grattage de la partie énucléable d'un cor. Il y a épaissement et dureté de l'épiderme à la périphérie de l'élément. Les bords blancs, durs, circonscrivent un centre en cupule, légèrement rentrant, à fond blanc, dur, d'épiderme épais.

A la main droite, ces éléments papuleux de kératinisation sont plus saillants, plus développés et tendent à devenir confluents. Presque toute la peau de l'éminence thénar est grise, dure, kératinisée, avec papules légèrement saillantes sur cette sorte de carapace épidermique. On voit aussi quatre éléments plus avancés où, comme sur celui de la main gauche, les petites lamelles épidermiques, en se détachant, tendent à constituer des lésions en cupule.

Les bords du pli moyen des deux mains sont plus épaissis que le reste; au niveau des plis correspondant aux articulations métacarpo-phalangiennes des doigts, kératinisation plus marquée encore. Fissures dans tous les plis.

A la face palmaire des doigts et autour des ongles, l'épiderme est tombé. La pulpe des dernières phalanges offre simplement de l'épaississement, quelques papules cornées.

Les ongles sont ternes et se déchaussent du côté de la lunule.

Aux pieds, il y a simplement épaissement épidermique et altérations des ongles qui tombent par écailles.

En résumé, cette observation nous présente très nettement un psoriasis palmaire ancien qui, à un moment donné de son évolution, a pris une forme hyperkératosique ; si bien que, s'il avait été vu à ce moment-là, on aurait pensé immédiatement à une kératodermie symétrique des extrémités coïncidant avec la présence d'un psoriasis en divers points du tégument cutané. Bref on aurait considéré le cas comme rentrant dans le groupe des observations précédentes où une hyperkératose palmaire et plantaire coexistait avec un psoriasis.

Mais ce n'est pas tout, car nous pouvons présenter une observation où un psoriasis palmaire et plantaire indéniable s'est présenté à nous avec une allure hyperkératosique d'emblée. Il ne s'agit pas ici d'une lésion nette, diagnostiquée primitivement psoriasis palmaire qui, à la longue, a pris une allure hyperkératosique comme dans le cas de MM. Gaucher et Hermans ; il s'agit au contraire d'une forme de psoriasis hyperkératosique d'emblée au point d'être diagnostiqué à ce moment-là kératodermie palmaire symétrique essentielle des adultes ; mais ultérieurement, après un traitement kératolytique, nous avons pu voir in situ les lésions prendre l'aspect indubitable du psoriasis. C'est le cas dont nous avons publié l'observation au début de ce chapitre, cas observé dans le service de M. le professeur Nicolas. Résumons l'histoire de la malade en mettant en relief ce qui nous intéresse au point de vue de notre thèse :

1° Une malade présente une kératodermie sy-

métrique des extrémités en l'absence de toute intoxication et de toute autre lésion cutanée. Le diagnostic de kératodermie palmaire symétrique des adultes est porté.

2° Les lésions prennent in situ l'aspect du psoriasis palmaire. En aucun point du corps autre que la paume des mains, il n'est apparu de lésions de psoriasis. C'est donc bien le cas d'un psoriasis localisé à la paume, hyperkératosique d'emblée ;

3° La malade ayant été laissée quelque temps sans traitement, on voit ces lésions psoriasiques de la paume reprendre l'aspect hyperkératosique primitif.

En résumé, nous basant sur ces derniers cas nous devons admettre :

1° Le psoriasis palmaire peut au cours de son évolution prendre une allure hyperkératosique (cas de Gaucher et Hermary) ;

2° Bien plus, semblable à ces formes de psoriasis rupoides que Gassmann, par exemple, a décrites au cuir chevelu, le psoriasis palmaire peut prendre d'emblée une forme hyperkératosique (cas de MM. Nicolas et Moutot).

Cela étant, nous sommes en droit de nous demander de quelle manière nous devons interpréter les faits d'hyperkératose palmaire et plantaire dont nous avons relaté l'existence au cours de certains psoriasis. Trois hypothèses peuvent être discutées :

1° Il s'agit d'une kératodermie symétrique essentielle coexistant avec un psoriasis ;

2° Il s'agit d'une kératodermie symétrique non essentielle, mais due à une cause autre qu'un psoriasis ;

3° Il s'agit d'une localisation du psoriasis.

La première hypothèse nous semble devoir être abandonnée pour deux raisons : d'abord nous avons vu que cette coexistence est relativement fréquente puisque nous avons pu en réunir un certain nombre de cas et montrer d'autre part que les observations étaient certainement bien plus nombreuses ; en second lieu notre dernier cas, recueilli dans le service de M. le professeur Nicolas montre indubitablement le rapport direct qui existe entre les deux affections.

La deuxième hypothèse a déjà été discutée ; nous avons établi que si, chez certains psoriasiques, l'hyperkératose pouvait être très vraisemblablement rattachée à une cause incidente, chez d'autres on ne trouvait point d'explication de cet ordre-là.

Aussi, nous basant sur l'existence d'une forme hyperkératosique du psoriasis palmaire et plantaire, forme pouvant apparaître dès le début, nous nous trouvons logiquement amenés à conclure que ces hyperkératoses palmaires et plantaires coïncidant avec des lésions psoriasiques du tégument cutané doivent, en l'absence d'une intoxication ou infection capable de produire ces lésions de kératodermie symétrique, être interprétées comme une localisation anormale (paume et plante) et sous une forme anormale des lésions psoriasiques.

Cela étant, nous devons nous demander pourquoi des lésions psoriasiques ayant une forme typique sur le reste du tégument, ont pris à la paume et à la plante cette forme atypique. Dans le cas d'un psoriasis rupoïde ou corné généralisé, nous ne nous étonnerions nullement de trouver à la main et au pied des lésions hyperkératosiques. Mais dans le cas d'un psoriasis typique, cette circonstance peut nous étonner. Cependant l'explication nous paraît fort simple. Nous avons déjà dit, au cours de cette étude, que la paume et la plante sont des régions spécialisées par leurs fonctions physiologiques et professionnelles, par leur situation dans l'organisme qui leur créent des conditions trophiques et circulatoires particulières. De là une loi générale : c'est que les dermatoses y prennent volontiers une allure anormale et plus spécialement la forme hyperkératosique. Cela nous l'avons déjà signalé, dans les opinions partout admises à l'heure actuelle qui ont cours au sujet d'autres dermatoses (le lichen plan, l'eczéma, la dyshidrose) qui donnent à la paume des lésions nettes de kératodermie. Pourquoi en serait-il autrement pour le psoriasis ? Et avons-nous vraiment le droit de nous étonner que cette dermatose, ailleurs hyperkératosique mais particulièrement friable, capable toutefois de donner dans certains cas des lésions rupoïdes ou cornées du tégument, prenne avec prédilection, dans ces régions prédisposées de la paume et de la plante, l'allure hyperkératosique que nous avons signalée.

Nous devons même aller un peu plus loin. Nous

savons qu'il y a des psoriasis palmaires isolés, des cas où les lésions palmaires et plantaires restent la seule localisation, tout au moins pendant de longues années. Dans les cas où le psoriasis a pris d'emblée la forme hyperkératosique, ou bien si le malade est vu seulement à la période d'état, l'aspect de la lésion sera simplement celui d'une kératodermie symétrique essentielle des extrémités. Tel fut le cas de notre dernière observation où le diagnostic fut seulement réformé après de longs mois. Aussi nous semble-t-il logique d'admettre que, dans les diagnostics de kératodermie symétrique essentielle des extrémités, il entre un certain nombre de cas de psoriasis méconnus. Ainsi en a-t-il été longtemps pour l'eczéma chronique hyperkératosique palmaire et plantaire, pour le lichen plan de ces régions, etc.; ainsi doit-il en être encore pour le psoriasis.

En résumé, de même que l'eczéma chronique, de même que le lichen plan, de même que la dyshidrose, le psoriasis peut à la paume et à la plante donner des lésions de kératodermie symétrique qui doivent être retirées du groupe des kératodermies essentielles pour aller enrichir le groupe des kératodermies symptomatiques.

Cette théorie étant exposée, il nous a paru intéressant de rechercher si nous ne trouvions pas dans la littérature quelques faits qui pourraient être interprétés comme des kératodermies palmaires et plantaires dues à des psoriasis localisés. Nous avons relevé les observations suivantes :

OBSERVATION XV

Kératose symétrique des extrémités

G. BAUDOUIN. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1901)

L'auteur présente à la Société une femme de 52 ans, atteinte d'une kératose symétrique des extrémités. A la paume des mains, l'épaississement corné de l'épiderme est limité aux parties centrales de la région et comparable objectivement à ce que l'on voit quelquefois dans l'eczéma chronique palmaire. Aux pieds le développement des lésions est considérable. La kératose forme un revêtement corné, sec, dur, épais, de couleur jaune, se soulevant par places en longues lames, engainant les régions plantaires, en les débordant à la manière d'une sandalē. Plus épaisse au niveau des points de frottement et en particulier à la partie interne et postérieure du talon droit, elle forme une proéminence irrégulière et pointue qui déborde de plusieurs centimètres. Aux extrémités libres des orteils, des lésions semblables gagnent les ongles qui sont incurvés, épaissis, irréguliers. Le derme sous-jacent est le siège d'une congestion qui déborde les plaques kératosiques et les entoure d'une auréole érythémateuse.

Aux genoux on trouve deux petites plaques de kératose. Celles-ci d'ailleurs sont peu anciennes, relativement à l'âge de la malade. Aux pieds elles ont débuté il y a 12 ans par des durillons limités d'abord aux talons et qui disparaissaient lorsque

la malade, alors porteuse de pain, se reposait, pour reparaître dès que celle-ci reprenait son métier fatigant. Au bout de deux ans, elles s'étaient assez développées, pour devenir un obstacle sérieux à la marche et obliger la malade à renoncer à sa profession. Cette fois elles ne rétrocédèrent plus, et c'est alors seulement qu'apparurent les altérations palmaires. Quant aux plaques des genoux, elles remontent à deux années seulement et alors seulement apparurent les altérations palmaires.

M. Leredde. — Les lésions unguéales, les lésions du genou, jointes à celles que je constate dans le cuir chevelu, me font croire qu'il s'agit ici d'un cas de psoriasis hyperkératosique.

Dans cette observation, il semble que la malade ait présenté un psoriasis typique au cuir chevelu ayant pris au genou une forme hyperkératosique et ayant donné une localisation palmaire et plantaire également hyperkératosique. Dans l'ordre chronologique, le psoriasis plantaire ayant apparu le premier et étant resté isolé de longues années, on a eu tout d'abord affaire à une kératodermie symétrique plantaire.

OBSERVATION XVI

Un singulier cas de kératodermie palmaire et plantaire

RADORELI (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, 1910).

Il s'agit d'un enfant de 13 ans, qui présentait une kératodermie palmaire et plantaire remarqua-

ble par sa distribution : tandis qu'aux pieds les lésions étaient étendues à la plante entière, aux mains elles n'occupaient qu'une partie de la paume et les lésions symétriques semblaient correspondre à un territoire anatomique défini. Il existait en outre des placards hyperkératosiques aux genoux, au coccyx, aux grandes lèvres.

Les lésions étaient différentes de l'ichthyose cliniquement et histologiquement.

Peut-être, étant donnée la disposition des placards qui se trouvent aux lieux d'élections du psoriasis, peut-on se demander si, comme pour l'observation précédente, il ne s'agit pas d'une forme hyperkératosique de psoriasis.

OBSERVATION XVII

Hyperkératose palmaire et plantaire

MORRIS. (Annales de Dermatologie et syphiligraphie, 1899).

Homme de 45 ans qui avait toujours sué abondamment. Depuis trois ans, les sueurs ont cessé et l'épiderme des paumes a commencé à s'épaissir. Actuellement la couche cornée des paumes et des plantes est très épaisse avec des crevasses dans les plis. Sur les poignets, papules ressemblant à du lichen plan ; sur les bras et les jambes placards psoriasiques.

Dans ce cas, le lichen plan et le psoriasis pouvant également donner des lésions palmaires hyperkératosiques, nous pouvons admettre que l'hyperkératose est due tout au moins à l'une des deux affections.

CONCLUSIONS

1° Le psoriasis palmaire et plantaire peut prendre à un moment donné de son évolution une allure hyperkératosique ; *

2° Cette allure hyperkératosique peut se trouver dès le début au point d'imposer le diagnostic de kératodermie symétrique « essentielle » des extrémités ;

3° Il existe chez certains psoriasiques des hyperkératoses palmaires et plantaires qui doivent être interprétées comme des localisations atypiques du psoriasis ;

4° Dans les cas publiés comme kératodermies palmaires et plantaires essentielles chez les adultes, il entre certainement des cas de psoriasis de ces régions qui ont été méconnus ;

5° Dans les hyperkératoses palmaires et plantaires trouvées chez les psoriasiques, celles qui ne sont pas dues à cette dermatose, peuvent être le plus souvent très facilement rattachées à leur cause (arsenic, kératodermie) ;

6° Dans le cas d'une kératodermie symétrique des adultes, en l'absence de toute intoxication ou infection, l'examen général du malade doit être fait au point de vue du psoriasis, comme au point de vue d'un eczéma, d'un pityriasis rubra pilaire, d'un lichen plan, d'une syphilis.

Le Président de la thèse,

NICOLAS.

Vu : Le Doyen,

HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 novembre 1913.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

Pour le Recteur et par délégation

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- ARTOM. — Psoriasis atypique dans l'intoxication arsenicale chronique *Giornale italiano delle malattie venere*, 1903.
- ALIBERT. — Traité des maladies cutanées, 1810.
- BAYER. — Kérat. sym. palm. et plant., *Ann. Derm. et Syph.*, 1903.
- BROOKE. — Kératose palm. et plant., *Ann. D. et Syph.*, 1891.
— Notes on some keratoses of the palms and soles, *British Journal Derm.*, 1891.
- BALZER et FAURE. — Kérat. palm. et plant. bulleuse chronique, *Ann. D. et Syph.*, 1903.
- BALZER et GERMAIN. — Kératodermie avec porokératose en godets épidermiques de la paume des mains, *Bull. de la Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 1905.
- BALZER et DESHAYES. — Psoriasis atypique au cours d'une blennorrhagie, *Bull. de la Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 1906.
- BALZER. — Poussée de psoriasis après une blennorrhagie, *Ann. Derm. et Syph.*, 1906.
- BARIN. — Leçons cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, 1868.
- BROCO, BESNIER et JACQUET. — Pratique dermatologique, 1903.
- BAUDOUIN. — Kératose symétrique des extrémités, *Bull. Soc. fr. D. et S.*, 1901.
- BERNAY et PIÉRY. — Pathogénie du psoriasis, *Presse médicale*, 1906.

- DE BEURMANN. — Psoriasis et ichthyose, *Bull. de la Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 1905.
- BONNET. — De la dyshidrose, th. Paris, 1888.
- BULKLEY. — Clinical study and analysis of 1000 cas of psoriasis, *Maryland M. J. Bull.*, 1891.
- CHIRIVINO. — Psoriasi lichenoidè; contributo clinico e histologico alle forme rare di psoriasi, *Gazz. internaz. di med. Napoli*, 1910.
- DARIER. — Du psoriasis palm. à propos de trois cas de psoriasis atypique localisé à la main, *Ann. de Derm. et Syph.*, 1896.
- Précis de Dermatologie.
- DUBREUILH. — Psoriasis palm. vrai et faux, *J. de méd. de Bordeaux*, 1905.
- Les hyperkératoses circonscrites, Congrès de Derm., 1896.
- DJELALED-DIN-MOUKHTAR. — Trichophytie palm. et plant., *Ann. Derm. et Syph.*, 1892.
- ETIENNE. — Kératod. sym. des extr. essentielle, *Bull. Soc. fr. Derm.*, 1899.
- ERCOLI. — Exposition de deux cas atypiques de psoriasis, *Giornale italiano delle malattie venere*, 1910.
- FAREZ. — De la dyshidrose, th. Paris, 1896.
- FATOME. — Psoriasis palmaire, *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1903.
- GOTTHEIL. — Psoriasis et lichen plan généralisé, *Ann. Derm. et Syph.*, 1907.
- GORSSMANN. — Casuistische Beiträge zur Psoriasis, *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*.
- GAUCHER et HERMARY. — Psoriasis palm. hyperkératosique, *Ann. Derm. et Syph.*, 1897.
- HALLOPEAU et SALMON. — Sur un cas de psor. palm. avec soulèvement d'apparence bulleuse, *Bull. de la Soc. fr. de D. et S.*, 1911.

- HALLOPEAU et LEMIERRE. — Psoriasis atypique bulleux et rupoïde, *Ann. Derm. et Syph.*, 1901.
- HALLOPEAU et LEREDDE. — Dermatologie, 1901.
- HAMBURGER. — Kératose arsenicale et pigments, *Ann. de Derm.*, 1900.
- HARTZEIL. — Kératose arsenicale, *Ann. de Derm. et Syph.*, 1900.
- JADASSOHN. — Un cas de psoriasis palm. et plant., *Ann. de Derm. et Syph.*, 1903.
- KAPOSI. — Traité clinique des maladies de la peau.
— Psoriasis généralisé, Soc. viennoise de Dermat., 1894.
- LANG. — Kératose arsenicale, *Ann. de Derm. et Syph.*, 1898.
- LE STRAT. — Th. Bordeaux, 1901, Lichen plan palm. et plant.
- LIVEING. — Curious case of psoriasis simulating ichthyosis, *British J. Dermatology*, 1907.
- MILLIAN. — Psoriasis palm. et plant., *Ann. Derm. et Syph.*, 1907.
- MENDÈS DA COSTA. — Psoriasis vulgaire de la paume, *Ann. Derm. et Syph.*, 1902.
- MOREL LAVALLÉE. — Psoriasis anormal, *Ann. de Derm. et Syph.*, 1891.
- MORRIS. — Hyperkératose palm. et plant., *Ann. de Derm. et Syph.*, 1899.
- NEUMANN. — Psoriasis chez un ichthyosique, *Ann. de Derm. et Syph.*, 1903.
- PICCARDI. — Psoriasis vulg. palm., *Giornale italiano delle malattie v. della pelle*, 1909.
- PRINGLE. — A case of keratosis palmar and plantar of arsenical origin., *Brit. J. Derm.*, 1891.
- RAYER. — Maladies de la peau, 1835.
- RADUELI. — Un singulier cas de kératose palm. et plant., *Ann. de Derm. et Syph.*, 1911.

SCHUTZ. — Psoriasis généralisé avec hyperk. palm. et plant. et leucoplasie buccale, *Versammlung deutscher naturforscher Aerzte*, 1899.

— Ueber die vom Druck und abhängige Tylosis palmarum der Erwachsenen, *Archiv. für Derm. und Syph.*, Wien, 1902.

VASILE. — Studio clinico ed anatomico sopra alcune particolarità morfologiche e di terapia nella psoriasi e sue varietà, *Clinica dermosifilitica della R. Università di Roma*, 1896.

WALTT (T.-M.). — Palmar psoriasis, *Brit. M. J.*, 1903.

WHITE. — Epithelioma as a sequel of psoriasis and the probability of its arsenical origin., *Ann. Derm. et Syph.*, 1900.

